



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФГУ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ИМЕНИ ГЕЛЬМГОЛЬЦА РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»

ГОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
КАФЕДРА ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ФАКУЛЬТЕТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ


Roof



Российский общенациональный офтальмологический форум

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Москва 2008

ТЕХНОЛОГИЯ БЕСШОВНОГО ЭПИСКЛЕРАЛЬНОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРИ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ

Арсютов Д.Г., Паштаев Н.П.

г. Чебоксары

Несмотря на высокие достижения интравитреальных методов хирургического лечения отслойки сетчатки, появление современного инструментария и оборудования для витрэктомии, помогающих добиться полного анатомического прилегания отслоенной сетчатки и получить высокие функциональные результаты, методика эписклерального пломбирования остается востребованной в арсенале большинства витреоретинальных хирургов и позволяет в неосложненных случаях не прибегать к помощи «тяжелой артиллерии» интравитреальных вмешательств. Этот вид пломбирования получил широкое распространение из-за своей простоты, относительной безопасности и эффективности. В настоящее время при эписклеральном пломбировании фиксация пломбы осуществляется с помощью швов. Поверхностно наложенные швы склеры могут легко прорезаться, что приводит к смещению, а иногда и к экстррузии пломбы. Чрезмерно глубокое проведение шва склеры может привести к её 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 года с целью закрытия ретинальных разрывов при отслойке сетчатке, сопровождающейся выраженным истончением склеры, применяется бесшовная технология кругового, секторального и радиального эписклерального пломбирования при помощи аллотрансплантатов склеры и медицинского клея.

Целью настоящей работы является оценка интра- и послеоперационных результатов при бесшовной технологии эписклерального вдавления, определение показаний для данного вида вмешательства.

Материал и методы. В качестве пломбирующего материала использовалась мелкоячеистая силиконовая губка. В зависимости от локализации, величины и количества разрывов сетчатки, степени выраженности дистрофического процесса на ее периферии (ПХРД) мы проводили эписклеральное круговое или секторальное пломбирование. При выраженной ПХРД, множественных разрывах, расположенных в разных секторах, предпочтение отдавалось круговому пломбированию; в случаях свежих отслоек сетчатки с хорошо визуализируемыми одиночными или множественными разрывами сетчатки в пределах одного сектора использовался вариант локального секторального пломбирования.

В нашей работе мы использовали медицинский клей «Сульфакрилат» третьего поколения, разработанный институтом катализа Сибирского отделения РАН (Новосибирск). Он состоит из этилцианакрилата (связывающий компонент), бутилакрилата (пластификатор) и сульфоланметакрилата (противовоспалительный, антимикробный компонент) и представляет собой бесцветную жидкость с удельным весом 1.05-1.07 г/см³ 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. «Сульфакрилат» хорошо текуч, при необходимости легко набирается в шприц через инъекционную иглу. Основными причинами для выбора данного композита явились его высокие адгезивные характеристики (при исследовании на «разрывной машине» сила сцепления составила 2,94 кг/см²) и быстрая полимеризация (5-15 сек.).

Техника операции. При локальном пломбировании проводилась локализация проекции разрыва сетчатки на склере с помощью интраоперационной непрямой бинокулярной офтальмоскопии, после чего создавался вал склерального вдавления в зоне проекции разрыва при помощи силиконовой пломбы, которая помещалась в ложе, сформированное подклеенным к склере аллотрансплантатом.

При круговом пломбировании в каждом из секторов в радиальном направлении производилось предварительное подклеивание к эписклере смоделированных полосок аллотрансплантата, далее при помощи тупоконечного шпателя между аллотрансплантатом и склерой формировался необходимый

для проведения силиконовой пломбы канал, размеры которого зависели от диаметра пломбы. Размер канала должен был быть несколько меньше размера пломбы, с тем, чтобы подклеенная аллосклеральная полоска оказывала на пломбу воздействие, достаточное для формирования вала вдавления.

Обязательным условием для надёжного (прочного) подклеивания полоски аллотрансплантата к эписклере являлась сухость соприкасающихся при подклеивании поверхностей. С этой целью мы использовали впитывающие влагу тупферы и специально разработанное устройство, позволяющее проводить одновременную аспирацию влаги и подачу струи воздуха. Устройство представляет из себя 2-х ходовую металлическую канюлю, соединённую с двумя силиконовыми трубками, через одну из которых подается воздух, а через другую производится аспирация влаги. Свободные концы силиконовых трубок подключаются к соответствующим разъёмам офтальмологического комбайна «Accurus» (Alcon).

Клинические исследования базировались на анализе результатов обследования и хирургического лечения 47 глаз 47 пациентов с отслойкой сетчатки. Давность отслойки варьировала от 2 недель до 3 месяцев. Тотальная отслойка сетчатки была диагностирована в 18 случаях (38,3%), субтотальная отслойка - в 19 (25,3%), распространённая - в 5 (6,7%), локальная отслойка сетчатки - в 5 случаях (6,7%). У 37 пациентов (78,7%) отслойка была на фоне миопии высокой степени, в 4 случаях (8,5%) был диагностирован с-м Марфана, в 3 (6,4%) - отслойка сетчатки вследствие контузии глазного яблока. У всех пациентов имелось той или иной степени выраженности истончение склеры, послужившее поводом для исключения шовной фиксации пломбы в ходе операции. На 38 глазах (80,9%) использовался метод секторального, на 9 (19,1%) - кругового эписклерального пломбирования.

Результаты. Проведя комплексное послеоперационное обследование на сроке до 14 дней после операции, включающее прямую и обратную офтальмоскопию в условиях медикаментозного мидриаза, В - сканирование и OCT - исследование, всех прооперированных пациентов по результату анатомического исхода операции локального и кругового

эписклерального вдавления по бесшовной технологии мы разделили на 3 группы:

1. пациенты с полным прилеганием сетчатки;
2. пациенты с неполным прилеганием сетчатки, куда были включены пациенты с полностью заблокированным разрывом, но имеющимися остатками субретинальной жидкости;
3. пациенты с неприлеганием сетчатки.

На 14 сутки 95,7% прооперированных пациентов имели полное прилегание сетчатки; в этот срок двум пациентам с неприлеганием была проведена повторная операция, в результате которой сетчатка полностью прилегла. Неполное прилегание было отмечено у 2 (4,3%) пациентов, которые были выписаны с остаточной СРЖ под сетчаткой при полном блокировании ретинального разрыва под наблюдение окулиста в амбулаторных условиях по месту жительства. Шестерым пациентам с полным прилеганием сетчатки (13,3%) в раннем послеоперационном периоде была проведена транспупиллярная ЛКС вокруг зоны заблокированного разрыва.

Выводы. Таким образом, предложенная методика бесшовного эписклерального пломбирования с применением клеевых композитов позволяет решить проблему трудности шовной фиксации пломбы при истончении склеры, при фиксации пломбы на склере с рубцовыми изменениями или ранами после травмы и помогает добиться высоких анатомических результатов у данной категории больных.

ЧАСТОТА РЕШЁТЧАТОЙ ДИСТРОФИИ ПРИ ЭММЕТРОПИИ И БЛИЗОРУКОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Баринаева К.О., Батманов Ю.Е., Зыбин М.Е.

г. Москва

Периферические хориоретинальные дистрофии (ПХРД) играют немаловажную роль в возникновении отслойки сетчатки. Наиболее опасная из всех форм ПВХРД - решётчатая дистрофия. Она встречается у 8% населения и в 40% при отслойке сетчатки. По данным разных авторов при близорукости решётчатая дистрофия