

**Арсютов Д.Г., Паштаев Н.П.**

Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии», Чебоксары

## **ТЕХНОЛОГИЯ БЕСШОВНОГО ЭПИСКЛЕРАЛЬНОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ РАЗРЫВОВ ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ**

**В статье описана технология проведения различных вариантов эписклерального пломбирования (круговое, секторальное, радиальное) силиконовой губкой при отслойке сетчатой оболочки глаза без использования шовной фиксации пломбирующего материала к склере. Вал вдавления в зоне разрыва создается за счет аллотрансплантата, подклеенного к склере и помещенной под него силиконовой губкой. Авторами описаны показания для применения данной методики, приведены первые клинические результаты.**

### **Актуальность**

Несмотря на высокие достижения интравитреальных методов хирургического лечения отслойки сетчатки, появление современного инструментария и оборудования для витректомии, помогающих добиться наиболее полного анатомического прилегания отслоенной сетчатки и получить высокие функциональные результаты, методика эписклерального пломбирования остается зачастую ведущей 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. Слишком 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 ее перфорации и повреждению сосудистой и сетчатой оболочек глаза [3]; 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 сетчатки 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 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 медицинский клей «Сульфакрилат», разработанный институтом катализа Сибирского отделения РАН (Новосибирск). Он состоит из этилцианакрилата (связывающего компонента), бутилакрилата (пластификатора) и сульфоланметакрилата (противовоспалительного, антимикробного компонента) и представляет собой бесцветную жидкость с удельным весом 1.05-1.07 г/см<sup>3</sup> и вязкостью 5-85 сСт (в зависимости от температуры клея). Клей аутостерилизован представлен в готовом для употребления виде в полиэтиленовых ампулах-тюбиках с герметично запаиваемой горловиной и содержит 1мл [5]. Клей хорошо текуч, при необходимости легко набирается в шприц через инъекционную иглу.

### 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, сформированного аллотрансплантатом, размеры которого в 2-3 раза превышали величину разрыва и который подклеивали по всему его периметру к поверхности эписклеры в зоне проекции разрыва сетчатки при помощи медицинского клея «Сульфакрилат».

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 надежного (прочного) подклеивания полоски аллотрансплантата к эписклере являлась 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 собой 2-ходовую металлическую канюлю, соединенную 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 года по июль 2007 года, прооперировано 18 пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки в возрасте от 19 до 57 лет. Тотальная отслойка сетчатки на-

блюдалась в 13 случаях (72%), в т. ч. в одном – 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 с-м Марфана, в одном – отслойка сетчатки вследствие проникающего склерального ранения. У всех пациентов имелось в той или иной степени выраженные 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. У 11 пациентов (61%) отслойка сетчатки имела тракционный характер на фоне грубой тяжистой деструкции стекловидного тела, что потребовало выполнения субтотальной витрэктомии с удалением задней гиалоидной мембраны и временной тампонадой стекловидной полости глаза ПФОС. В среде ПФОС 8 пациентам (44%) интраоперационно проведена эдолоагеркоагуляция сетчатки вокруг зоны разрыва.

### Результаты

По предложенной методике валом вдавления у всех пациентов удалось закрыть имеющиеся разрывы сетчатки, и они были выписаны с полным ее прилеганием. Троице пациентам в раннем послеоперационном периоде была проведена дополнительная лазеркоагуляция сетчатки вокруг зоны разрыва. При наблюдении через 3 месяца у пациентов вал вдавления сохраняется, дислокации пломбы нет, сетчатка прилежит.

### Выводы

Таким образом, 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 рана-

ми после травмы. Однако требуется дальнейшее динамическое наблюдение и большее количество случаев для формирования окончательных выводов.

**Список использованной литературы:**

1. Аксенов А.О. Хирургическое лечение больных с отслойкой сетчатки методом эписклерального пломбирования силиконовой губкой: Дис... канд. мед. наук.– М.: 1985.-164с.
2. Паштаев Н.П., Арсютов Д.Г. Метод фиксации аллотрансплантата с помощью биоклея «Сульфакрилат» в хирургии прогрессирующей миопии (предварительное сообщение) // Новые технологии в офтальмологии. Материалы VI Западно-Сиб. регион. науч.– практ. конф.– Новосибирск: 2006.-С.104-108
3. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия.-М.:2003.-С.11-55
4. Захаров В.Д., Захарова Э.И. Наружное вдавление склеры при отслойке сетчатки с использованием силиконовой губки // Актуальные вопросы современной офтальмохирургии.– М.: 1977.-С. 113-117.
5. Марченко В.Т., Прутовых Н.Н., Толстиков Г.А., Толстиков А.Г. Медицинский клей «Сульфакрилат» – антибактериальная, противовоспалительная клеевая композиция. Руководство для применения в хирургических отраслях. – Новосибирск: 2005.-80с.