

Карагандинский государственный медицинский  
университет

Эписклеральное радиальное  
пломбирование

- Эписклеральное пломбирование является основным методом лечения ОС. Этот вид пломбирования получил широкое распространение из-за своей простоты, безопасности и эффективности. Чаще всего при этом методе используют в качестве пломбирующего материала мелкоячеистую силиконовую губку

# Радиальное пломбирование

- При радиальном пломбировании операция начинается с разреза конъюнктивы. Разрез нужно производить в 3-4 мм от лимба в том квадранте, где обнаружен разрыв сетчатки. Выделяют и берут на швы-держалки две прямые мышцы. Следующим этапом является локализация проекции разрыва сетчатки на склере. Локализацию следует производить с помощью непрямой бинокулярной офтальмоскопии. При офтальмоскопии необходимо видеть разрыв и надавливать на склере кончиком пинцета в зоне разрыва.

- Вдавливаемый участок хорошо виден при офтальмоскопии в виде сероватого бугорка. Смещая пинцет и захватывая и вдавливая соседние участки, необходимо добиться, чтобы вдавливаемый участок располагался точно над разрывом. Участок на склере отмечается либо маркером, либо с помощью диатермокоагуляции. После того как разрыв сетчатки локализован, нужно провести криокоагуляцию или диатермокоагуляцию зоны разрыва. Для того чтобы получить надежную ретинопексию по всей окружности разрыва, необходимо контролировать проведение этого этапа офтальмоскопически.

- При эписклеральном пломбировании пломба фиксируется к склере матрасными швами. В качестве шовного материала лучше всего использовать мерсилен 4-0 с атравматичной режущей иглой. Стабильность фиксации пломбы, степень ее вдавления и, стало быть, ее эффективность целиком зависят от качества

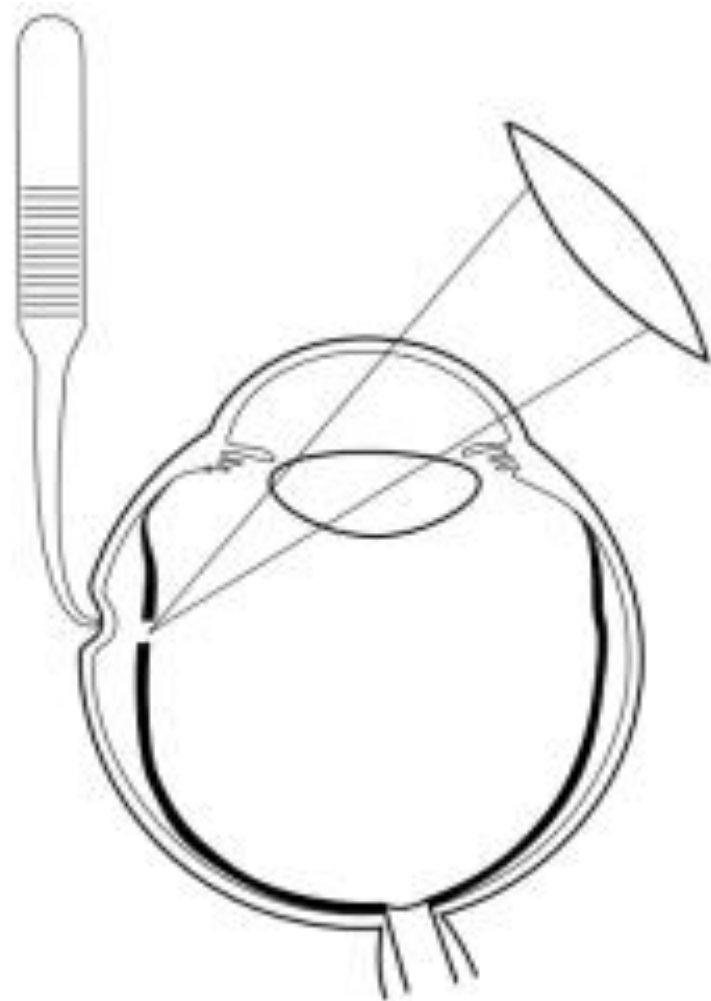


Рис. 4.1. Локализация проекции разрыва на склере

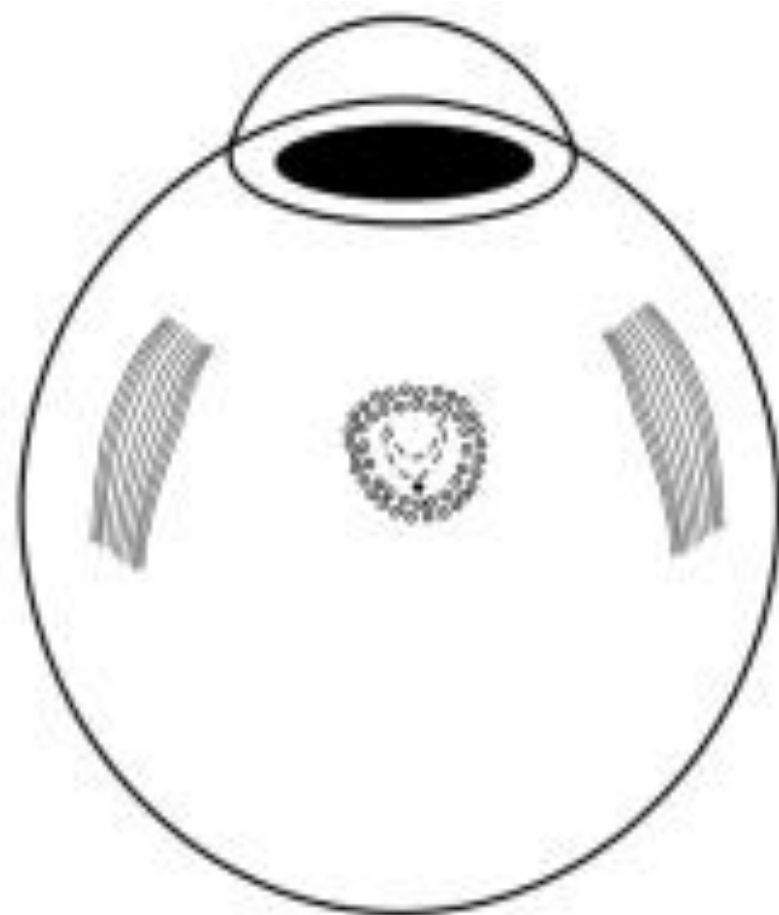


Рис. 4.2. Трансклеральная криокоагуляция зоны разрыва



Рис. 4.3. Фиксация плазмы матрасным швом

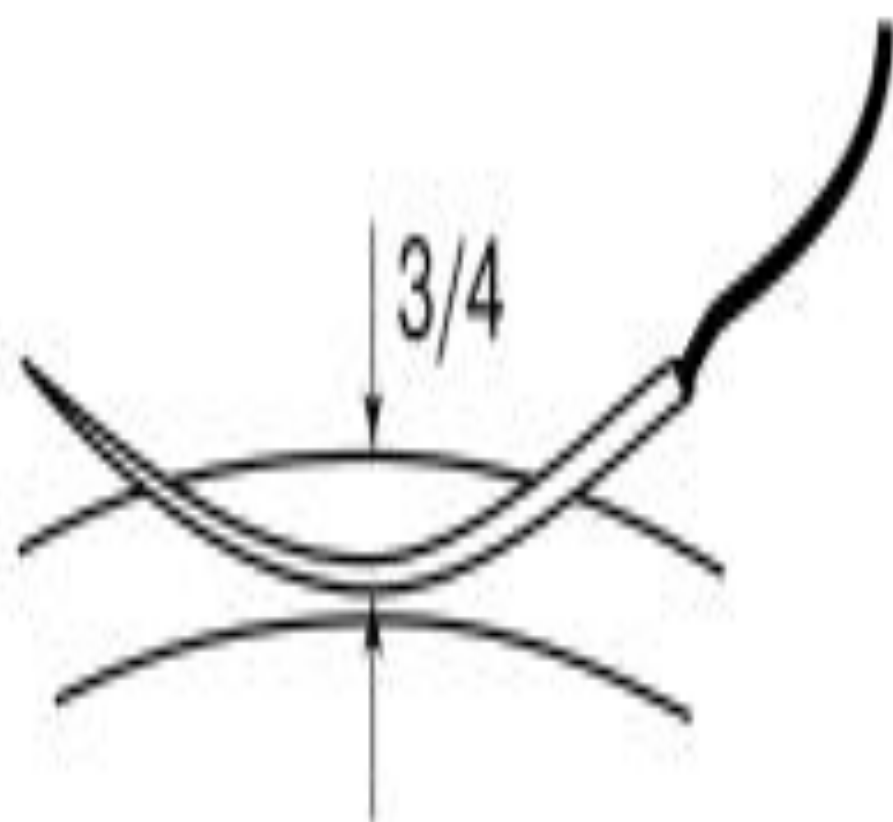


Рис. 4.4. Проведение шва в толще склеры

Шов должен проходить в слоях склеры не менее чем на три четверти ее толщины. Расстояние между склеральными участками шва должно быть на 3-4 мм больше диаметра пломбы. Важна также не только глубина шва, но и его ширина. Шов необходимо проводить в слоях склеры не менее 4-5 мм. При невозможности положить достаточно надежный шов, например при истонченной склере, его следует продублировать. Некачественное наложение шва приводит к смещению пломбы, ее экструзии и рецидиву отслойки сетчатки.

Пломба выбирается в зависимости от величины разрыва. Ее размер должен в 1,5-2 раза быть больше разрыва. Пломба укладывается под швом так, чтобы ее центр располагался точно над разрывом. При затягивании швов ассистент надавливает на пломбу, вызывая ее сжатие и вдавление в стенку глаза. Степень затягивания шва не должна быть чрезмерной, так как слишком туго затянутый шов может прорезаться в раннем послеоперационном периоде. С другой стороны, очень слабый шов фиксирует пломбу ненадежно, и она может сместиться.



- Адекватно подшитая пломба должна быть погружена в склеру на  $1/2$  своей толщины. Как слишком глубокое вдавление, так и недостаточно глубокое могут быть малоэффективными. При радиальном пломбировании дренаж субретинальной жидкости, как правило, не требуется. После подшивания пломбы проводится обязательный офтальмологический контроль за положением вала вдавления. Операция завершается наложением шва на конъюнктиву и субконъюнктивальным введением растворов антибиотиков и дексаметазона.

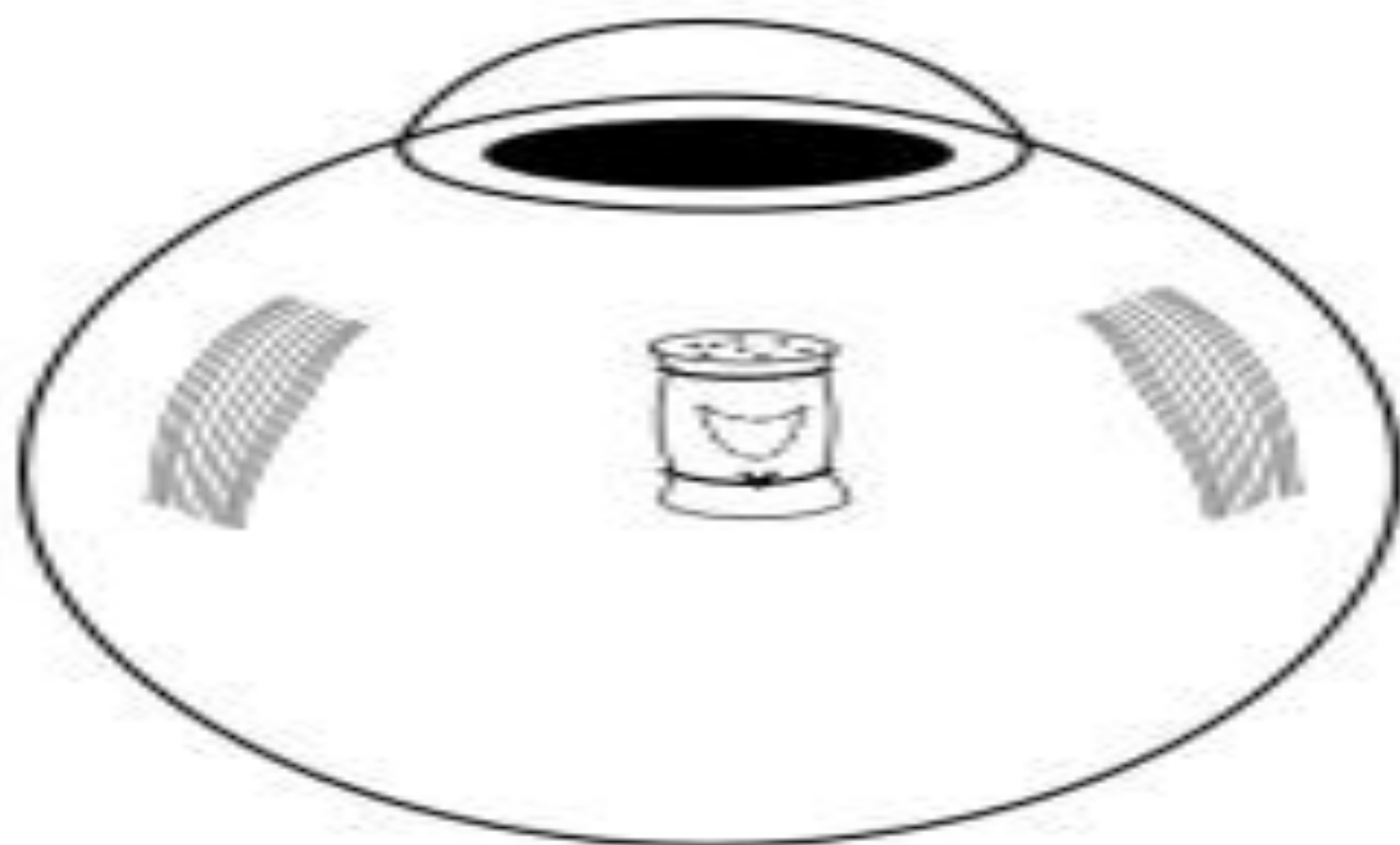


Рис. 4.6. Расположение пломбы в зоне разрыва