

ского государственного медицинского университета. — 2013. — № 3. — С. 135—137.

5. Ткаченко Л. В. Коррекция гормонального гомеостаза у женщин с бесплодием и недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла / Л. В. Ткаченко, Н. А. Линченко // Гинекология. — 2014. — № 4. — С. 24—27.

Контактная информация

Линченко Наталья Александровна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: linchenko@inbox.ru

УДК 617.735-007.281

РОЛЬ МЕТОДИКИ ГИДРОРЕТИНОПЕКСИИ В СОЧЕТАНИИ С ДРЕНИРОВАНИЕМ СУБРЕТИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Л. И. Балашевич, Б. Ф. Нигматов

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербурга*

В статье проводится анализ анатомических и функциональных результатов хирургического лечения первичной регматогенной отслойки сетчатки с применением методов гидроретинопексии и пневморетинопексии.

Ключевые слова: регматогенная отслойка сетчатки, хирургические методы лечения первичной регматогенной отслойки сетчатки, гидроретинопексия, пневморетинопексия.

HYDRORETINOPEXY TECHNIQUE IN CONJUNCTION WITH THE DRAINAGE OF SUBRETINAL FLUID IN THE SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

L. I. Balashevich, B. F. Nigmatov

The article analyzes the anatomical and functional results of surgical treatment of primary rhegmatogenous retinal detachment using the methods such as hydroretinopexy and pneumoretinopexy.

Key words: rhegmatogenous retinal detachment, surgical treatment of primary rhegmatogenous retinal detachment, hydroretinopexy, pneumoretinopexy.

Основными задачами успешного хирургического лечения отслойки сетчатки являются: локализация разрыва сетчатки, блокирование разрыва, создание контакта отслоенной сетчатки с хориоидеей, обеспечение стойкой хориоретинальной спайки [3, 7]. Для достижения этих целей существует несколько хирургических способов.

При хирургическом методе лечения отслойки сетчатки без дренирования субретинальной жидкости [6], расправление сетчатки в 90 % происходит после двух недель строгого постельного режима [9]. При высокой отслойке сетчатки требуется сильное вдавление склеры, которое приводит к деформации глазного яблока [1].

«Насосный механизм» пигментного эпителия сетчатки: перемещение субретинальной жидкости в хориоидею путем активного ионного транспорта, — работает после блокирование разрыва. Токсичные вещества субретинальной жидкости как высокая концентрация фактора роста новообразованных сосудов

(VEGF) при прогрессировании пролиферативной витреоретинопатии [10], интерлейкины IL-1beta, IL-2, IL-4 и IL-6, стимулирующие развитие пролиферативной витреоретинопатии, выявляются в течение 6—8 недель после отслойки сетчатки [10]. С третьего дня после отслойки сетчатки начинается дегенерация колбочек [8], примерно с 28-го дня начинаются деструктивные изменения в палочках [8].

Способ дренирования субретинальной жидкости впервые предложил I. Gopin в 1929 г. [6]. Однако этот метод имел серьезное осложнение в виде кровотечения в субретинальное пространство. Из-за данного осложнения многие хирурги предпочитают не рисковать.

В Санкт-Петербургском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» разработан способ дренирования субретинальной жидкости с формированием клапанного разреза склеры [2]. В целях устранения риска кровоизлияния был предложен метод гидроретинопексии, суть которого заключается в дози-

рованном дренировании субретинальной жидкости с одномоментным введением физиологического раствора в стекловидное тело для стабилизации внутриглазного давления в пределах значений нормы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить анатомические и функциональные результаты хирургического лечения первичной регматогенной отслойки сетчатки с применением метода гидроретинопексии и пневморетинопексии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 82 пациента с первичной регматогенной отслойкой сетчатки.

Данные об исходной остроте зрения и степени пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) приведены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Острота зрения до операции

Острота зрения до операции	Число	%
1/∞ Pr.c.—0,001	6	7,3
0,002—0,01	16	19,5
0,02—0,05	17	20,8
0,06—0,1	16	19,5
0,2—0,4	16	19,5
0,5—0,7	6	7,3
0,8—1,0	5	6,1
Всего	82	100

Таблица 2

Степень выраженности ПВР

Степень выраженности ПВР	Число	%
ПВР А	46	56,1
ПВР В	6	7,3
ПВР СР тип 1	15	18,3
ПВР СР тип 2	8	9,8
ПВР СР тип 3	7	8,5
Всего	82	100

Причины возникновения отслойки сетчатки: клапанный разрыв сетчатки — на 44 глазах (53,65 %), периферические витреохориоретинальные дистрофии с дырчатыми разрывами — на 35 глазах (42,7 %), отрыв сетчатки от зубчатой линии — на 3 глазах (3,65 %).

Длительность отслойки сетчатки приведена в табл. 3.

Таблица 3

Длительность отслойки сетчатки

Количество дней	Число	%
До 14	11	13,4
До 30	35	42,7
До 60	12	14,6
До 90	2	2,5
До 120	3	3,6
Больше 120	19	23,2
Всего	82	100

Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 44 пациентов, которые были оперированы способом дозированного дренирования субретинальной жидкости с одномоментным введением физиологического раствора в стекловидное тело — гидроретинопексия. Вторая группа составляла 38 пациентов, оперированных способом дозированного дренирования субретинальной жидкости с одномоментным введением воздуха в стекловидное тело — пневморетинопексия. Обе группы пациентов оперировались без предварительного постельного режима.

Техника операции. Первая группа пациентов оперировалась следующим образом: после местной ретробульбарной анестезии выполняется разрез по лимбу с двумя релаксирующими надрезами и отсепаровкой конъюнктивы, прямые мышцы берутся на уздечные лигатуры. Дренирование субретинальной жидкости проводится на месте проекции наибольшей высоты отслоенной сетчатки, если она не совпадает с проекцией разрыва. После диатермокоагуляции склеры, алмазным скальпелем шириной 2 мм проводится кривой клапанный прокол склеры и сосудистой оболочки под углом 45°. Круглым микрошпателем надавливают на нижнюю губу прокола и частично выпускают субретинальную жидкость. Инсулиновой иглой прокалывается склера через плоскую часть цилиарного тела и в стекловидное тело вводится физиологический раствор до нормотонии. Она уменьшает риск кровоизлияния в субретинальное пространство. Дальнейшее поэтапное дренирование проводится медленно, без резких перепадов внутриглазного давления до полного прилегания сетчатки к сосудистой оболочке. Следующий этап операции — криопексия краев разрыва и пломбирование разрыва сетчатки с помощью силиконовой пломбы. Последний этап — отсечение уздечных швов, ушивание конъюнктивы и введение антибиотика с дексаметазоном под конъюнктиву.

У второй группы пациентов после местной ретробульбарной анестезии выполняют разрез по лимбу и отсепаровку конъюнктивы, прямые мышцы берут на уздечные лигатуры. Дренирование субретинальной жидкости производится так же, как у первой группы. В отличие от первой группы в полость стекловидного тела вводится воздух. Поэтапное дренирование и введение воздуха в полость стекловидного тела проводят медленно, без резких перепадов внутриглазного давления. Следующие этапы операции такие же, как у первой группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На рис. 1 представлены послеоперационные результаты в обеих группах на первые сутки.

После прилегания сетчатки выполняется криокоагуляция с меньшей экспозицией, что позволяет уменьшить выброс пигментных клеток в стекловидное тело.

Неприлегание сетчатки в первой группе отмечено в одном случае (2,3 %). Причина: выраженный пролиферативный процесс.

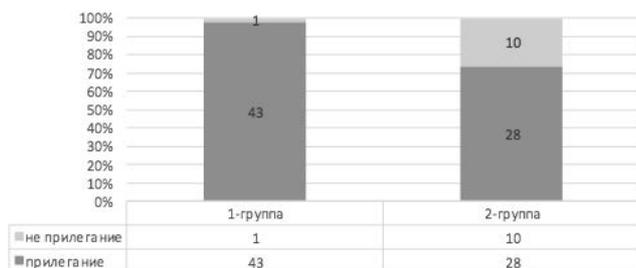


Рис. 1. Частота прилегания и неприлегания сетчатки после операции в первой и второй группах

У второй группы интраоперационно прилегание сетчатки достигнуто в 28 случаях (73,7 %). Неприлегание сетчатки отмечалось в 10 случаях (26,3 %). Причина: неполное дренирование субретинальной жидкости. При высокой отслойке сетчатки пузырь воздуха изнутри блокировал пункционное отверстие и препятствовал оттоку субретинальной жидкости. Всем пациентам без прилегания сетчатки была выполнена витрэктомия с тампонадой силиконовым маслом, после чего прилегание сетчатки достигнуто у всех пациентов.

На рис. 2 и 3 представлены динамика восстановления послеоперационной остроты зрения у пациентов в обеих группах.

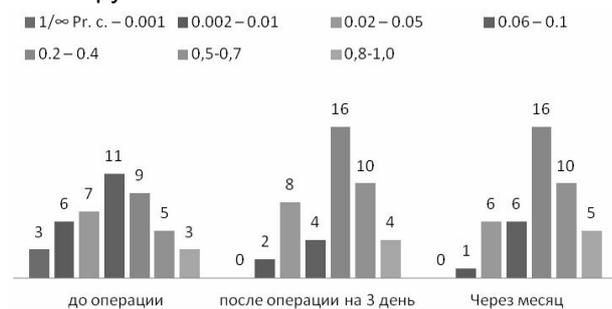


Рис. 2. Динамика восстановления остроты зрения у пациентов первой группы

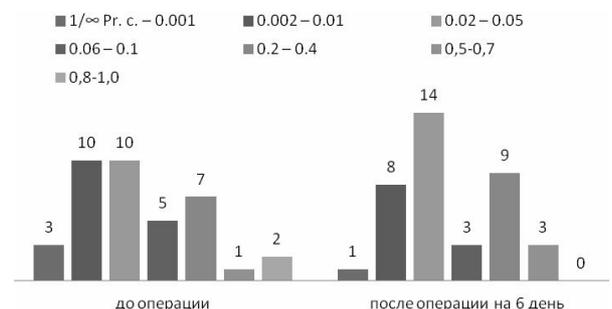


Рис. 3. Динамика восстановления остроты зрения у пациентов второй группы

Субретинальное кровоизлияние как интраоперационное осложнение при дренировании субретинальной жидкости отмечалось у пациентов первой группы в 5 случаях (11,4 %), второй группы — в 3 случаях (7,9 %).

Во всех случаях субретинальное кровоизлияние не повлияло на остроту зрения. У пациентов первой группы значительно повышается острота зрения на третий день, а через месяц приближается к максимальному функциональному исходу.

Рецидив отслойки сетчатки в первой группе отмечен в 4 случаях (9 %). Причины: в 3 случаях недостаточная адгезия в зоне вокруг разрыва сетчатки в течение до 30 дней и в одном случае прогрессирование пролиферативного процесса в течение 140 дней.

Во второй группе рецидив отслойки сетчатки произошел в 10 случаях (23,7 %) из-за прогрессирования пролиферативного процесса в течение 20—70 дней.

На рис. 4 отражена длительность госпитализации пациентов в обеих группах.

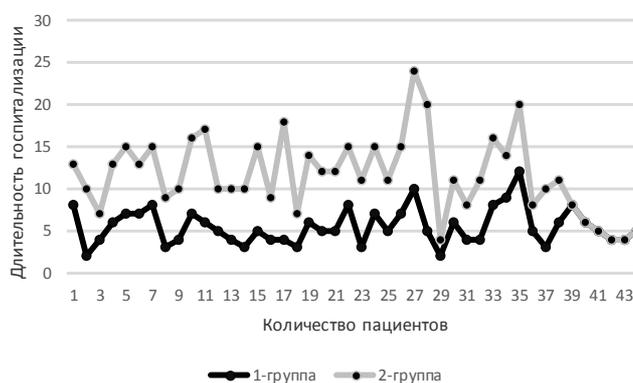


Рис. 4. Длительность госпитализации пациентов первой и второй групп

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Способ гидроретинопексии позволяет:

- интраоперационно обеспечить прилегание сетчатки и блокирование ее разрыва с минимальным давлением склеры;

- в сочетании с дренированием субретинальной жидкости за короткие сроки добиться восстановления высокой остроты зрения.

Этот способ для стекловидного тела является более физиологичным, снижает прогрессирование ПВР и рецидив отслойки сетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашевич Л. И., Джусоев Т. М., Байбородов Я. В. и др. Изменение визометрических показателей после экстрасклеральных вмешательств // Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия: сб. материалов / ГУ МНТК «Микрохирургия глаза». — СПб.: Человек, 2002. — С. 83.
2. Балашевич Л.И. Методика дозированного дренирования субретинальной жидкости с одновременным введением физиологического раствора и воздуха в стекловидное тело / Л. И. Балашевич, Т. М. Джусоев // Сб. науч. тр., посвященный 10-летию Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». — М.: Изд. центр «Федоров», 1997. — С. 171—174.
3. Захаров В. Д. Витрореетинальная хирургия. — М., 2003. — 173 с.

4. *Bakunowicz-Lazarczyk A.* Comparative studies of morphological changes and interleukin concentration in subretinal fluid of patients with retinal detachment / *A. Bakunowicz-Lazarczyk, S. Sulkowski, T. Moniuszko // Ophthalmologica.* — 1999 — Vol. 213. — P. 25—29.

5. *Cook B.* Apoptotic photoreceptor degeneration in experimental retinal detachment / *B. Cook, G. P. Lewis, S. K. Fisher, R. Adler // Investigative Ophthalmology & Visual Science* — 1995 — Vol. 36 — P.990-996.

6. *Custodis E.* Bedeutet die Plombenaufnahme und die Skleraeinen Fortschritt in der operativeen Behandlung der Netzhautblösung // *Ber. Dtsch. Ophthal. Ges.* — 1953. — Vol. 58. — S. 102—105.

7. *Gonin J.* Le traitement operatoire du décollement rétinien. Conference aux journées médicales de Bruxelles // *Bruxelles—Medical.* — 1930. — Vol. 23. — P. 17—24.

8. *Hisatomi T.* Relocalization of Apoptosis-Inducing Factor in Photoreceptor Apoptosis Induced by Retinal Detachment in

Vivo / *T. Hisatomi, T. Sakamoto, T. Murata, I. Yamanaka, Y. Oshima, Y. Hata, T. Ishibashi, H. Inomata, S. A. Susin, G. Kroemer // Am. J. Pathol.* — 2001. — Vol. 158. — P. 1271—1278.

9. *O'Connor P.R.* External buckling without drainage for selected detachments in aphakic eyes // *Am. J. Ophthalmol.* — 1976. — Vol. 82. — P. 358—364.

10. *Su C.Y.* Concentration of vascular endothelial growth factor in the subretinal fluid of retinal detachment / *C. Y. Su, M. T. Chen, W. S. Wu, W. C. Wu // J. Ocul. Pharmacol. Ther.* — 2000. — Vol. 16. — P. 463—469.

Контактная информация

Балашевич Леонид Иосифович — д. м. н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор СПб филиала ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова, e-mail: Leonid.Balashевич@spbmapo.ru

УДК 616.89-008.441.13

ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАРКОЗАВИСИМЫМ ЛИЦАМ В ОЦЕНКАХ ИХ РОДСТВЕННИКОВ

С. А. Вешнева

*Правобережная больница ФГУ «Южный окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства России», Астрахань*

Анкетирование 328 родственников пациентов наркологического профиля показало, что медицинские учреждения рассматриваются ими в качестве основных агентов ресоциализации близких им людей, хотя деятельность данных структур недостаточно эффективна. Помощь со стороны религиозных и общественных организаций, при несомненной ее востребованности, получает значительно меньшее количество наркозависимых лиц.

Ключевые слова: родственники пациентов наркологического профиля, лечебно-реабилитационная помощь, анкетирование.

THE EVALUATION OF TREATMENT AND REHABILITATION OF DRUG-ADDICTS BY THEIR RELATIVES

S. A. Veshneva

The questionnaire survey of 328 relatives of drug-addicted patients revealed that healthcare providers were considered as main agents of resocialization by them. However, their work was not found to be effective enough. A considerably fewer part of drug-addicts were provided with assistance from religious and social organizations despite the fact that they badly need it.

Key words: relatives of drug-addicted patients, treatment and rehabilitation, questionnaire survey.

Характерной особенностью отечественной медицины последних десятилетий являются многочисленные концептуальные изменения, затрагивающие не только отдельные специальности, но и «общие подходы» в данной области знаний. В частности, врачи лишились монопольного права на оценку качества лечебно-реабилитационного процесса, а мнение пациентов и даже их родственников приобретает все большее значение [2, 4, 5, 8—10], что в полной мере относится и к наркологии [1, 3, 4, 6, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выяснить мнение родственников пациентов наркологического профиля о роли медицинских учреждений,

религиозных и общественных организаций в оказании лечебно-реабилитационной помощи близким им людям.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

С помощью специально разработанной анкеты в наркологических и психоневрологических учреждениях городов Астрахани и Волгограда было проведено анкетирование 328 родственников пациентов наркологического профиля (сплошные гнездовые выборки).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Только половина родственников пациентов наркологического профиля (52,4 %) посчитала эффективной