

УДК 617.758.1

Оригинальная статья

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАЦИОННЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОСОГЛАЗИЯ

В. М. Горбенко — ФГАУ «НМИЦ «МНТК 'Микрохирургия глаза' им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, Волгоградский филиал, заведующий офтальмологическим детским отделением, кандидат медицинских наук; **И. А. Захарова** — ООО ЛДЦ «Сокол», Ростов-на-Дону, врач-офтальмолог.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF OPERATIONAL ACCESS DURING SURGICAL TREATMENT OF STRABISMUS

V. M. Gorbenko — S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Volgograd branch, Head of Pediatric Ophthalmology Department, PhD; **I. A. Zakharova** — Medical Diagnostic Centre «Sokol» LLC, Rostov-on-Don, Ophthalmologist.

Дата поступления — 10.04.2020 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2020 г.

Горбенко В. М., Захарова И. А. Сравнительная характеристика операционных доступов при хирургическом лечении косоглазия. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (2): 595–599.

Цель: сравнительный анализ двух видов хирургических доступов, используемых при хирургии косоглазия: вертикального и лимбального Г-образного. **Материал и методы.** Проведен анализ хирургического лечения косоглазия у 137 пациентов (205 глаз) в возрасте от 4 до 15 лет. При хирургии доступ к операционному полю осуществлялся вертикальным конъюнктивальным разрезом в 143 случаях (69,8%), лимбальным — в 62 случаях (30,2%). **Результаты.** Продолжительность гиперемии и отека в группе с лимбальным доступом статистически значимо меньше, чем в группе с вертикальным конъюнктивальным доступом ($12,2 \pm 0,14$ и $24,5 \pm 0,15$ суток соответственно) ($p < 0,001$). Реакция на шовный материал в группе с лимбальным доступом проявлялась лишь в 2 случаях (3,2%), а в группе с вертикальным доступом в 23 случаях (16,1%) ($p < 0,01$). **Заключение.** К каждому пациенту необходимо применять индивидуальный подход, учитывая цели и объем операции. При проведении операции на двух рядом расположенных мышцах предпочтение следует отдавать конъюнктивальному доступу, а при работе на одной мышце лимбальному. При операциях усиливающего типа оптимальнее использовать лимбальный доступ, а при ослабляющих операциях целесообразнее употребить конъюнктивальный доступ. У детей младшей возрастной группы и у пациентов с аллергическими реакциями в анамнезе лучше проводить операции с лимбальным доступом.

Ключевые слова: косоглазие, операционные доступы при лечении косоглазия.

Gorbenko VM, Zakharova IA. Comparative characteristics of operational access during surgical treatment of strabismus. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (2): 595–599.

The purpose of the study is to conduct comparative analysis of the two types of surgical approaches used in strabismus surgery: vertical and limbal L-shaped. Material and Methods. Analysis of surgical treatment of strabismus in 137 (205 eyes) patients aged 4 to 15 years was performed. During surgery, access to the surgical field was carried out by a vertical conjunctival incision in 143 cases (69.8%), by limbal incision — in 62 cases (30.2%). **Results.** Duration of hyperemia and edema in the group with limbal access is significantly shorter than in the group with vertical conjunctival access (12.2 ± 0.14 and 24.5 ± 0.15 days, respectively) ($p < 0.001$). Reactions to suture material in the group with limbal access were shown only in 2 cases (3.2%), and in the group with vertical access — in 23 cases (16.1%) ($p < 0.01$). **Conclusion.** An individual approach must be taken for each patient, taking into account the goals and scope of the procedure. When performing surgery on two adjacent muscles, preference should be given to conjunctival access, and when working on one muscle, to limbal access. For operations of the reinforcing type, it is preferable to use limbal access, and for weakening operations, it is more advisable to conduct conjunctival access. In children of a younger age group and in patients with a history of allergic reactions, it is better to conduct operations with limbal access.

Key words: strabismus, operational access during treatment of strabismus.

Введение. При хирургии косоглазия доступ к операционному полю возможен различными методами, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Любой операционный разрез является травмой, и при рассечении конъюнктивы требуется минимизировать травму тканей глаза [1]. Необходимо учитывать такие факторы, как расположение разреза, доступ к мышцам, строение теноновой оболочки, количество и вид швов для достижения оптимального результата. Для доступа к мышцам предложены различные виды разрезов: конъюнктивальный вертикальный, горизонтальный, лимбальный (с одним или двумя вспомогательными радиальными разрезами), форникальный [2]. Состояние конъюнктивы и теноновой оболочки подвержено значительным изменениям в течение жизни. У детей конъюнктива толстая, эластичная, тенонова оболочка выраженная, рыхлая. С возрастом конъюнктива истончается, становится пластичной, легко рвется, тенонова оболочка истончается.

При хирургических операциях по поводу косоглазия может возникать избыток конъюнктивы и теноновой оболочки (при операциях усиливающего типа) либо ее дефицит (при ослабляющих) [3]. Идеальный разрез должен давать возможность сопоставления разреза без пластики тканей (иссечение избытка, послабляющие разрезы, избыточное натяжение тканей и пр.) [4, 5]. Тенонова оболочка берет начало на 2 мм дальше от лимба, по направлению к сводам она утолщается и становится более рыхлой. Таким образом, при проведении лимбального разреза пересекается место крепления теноновой оболочки, минимальное количество субконъюнктивальной ткани обеспечивает более легкий доступ к мышцам, конъюнктива лимба более плотная, менее растяжимая, что тоже облегчает производство разреза.

При вертикальном разрезе, в месте его проведения, конъюнктива легко смещается, растяжима, что может привести к смещению операционной раны относительно предполагаемого места [4]. Рыхлая, выраженная тенонова капсула затрудняет выделение мышц. При наложении шва ткань может вставляться в разрез, причем у детей младшей возрастной

Ответственный автор: — Горбенко Валерий Михайлович
Тел.: +7 (903) 3151523
E-mail: valgorbenko@mail.ru

группы более выраженная плотная теноново оболочка чаще затрудняет визуализацию мышц. Таким образом, лимбальный разрез менее растяжим, что облегчает послеоперационное сопоставление тканей.

Доступ к мышцам: идеальный разрез должен быть минимальным (чтобы не увеличивать травму), но достаточным (для манипуляций с мышцами, не допуская перерастяжения тканей). При хирургии косоглазия часто требуется доступ не к одной, а к двум или трем мышцам. Если мышцы расположены напротив друг друга, то доступ к каждой осуществляется отдельно. Если же мышцы находятся друг от друга на 90°, доступ может быть осуществлен через один разрез. В этом случае разрез должен быть удобен для доступа к обеим мышцам [6]. Достаточно хорошую визуализацию и возможность манипуляции с тканями дают оба разреза. Однако при необходимости доступа к двум мышцам значительно удобнее конъюнктивный разрез. При лимбальном разрезе вследствие меньшего растяжения тканей в области лимба доступ к двум мышцам из одного разреза практически невозможен. При проведении вертикального доступа разрез локализован в проекции места прикрепления мышцы, и выделение мышцы, освобождение от мышечных блоков происходит в более полном объеме, что особенно важно при проведении операций ослабляющего типа. При усиливающих же операциях пересечение всех перегородок и обнажение мышцы в таком объеме не требуется, что удобнее выполнять при лимбальном доступе [7].

Шовный материал требуется гладкий (шершавая его поверхность может увеличивать травму), инертный, количество его должно быть минимальным. Количество шовного материала при этих доступах различно. Непрерывный обвивной шов при вертикальном доступе рассасывается лишь через 1,5–2 месяца. Однако даже самый инертный материал может вызывать реакцию тканей, и, следовательно, разрез с большим количеством швов менее предпочтителен [8]. Лимбальный же шов чаще самостоятельно «уходит» на 5–7-е сутки. Но существует риск прорезывания нитей и диастаза разрезов в области шва. Маленьким детям в силу возрастных особенностей, таким образом, предпочтительнее выполнять лимбальный разрез, с которым нет необходимости в случае реакции тканей снимать данный шов.

Часто хирургическое лечение косоглазия является многоэтапным процессом. Выраженные рубцовые изменения затрудняют выделение мышцы, заживление тканей более грубое, операция может осложняться кровотечением из сосудов в зоне рубцевания [8]. Поэтому «идеальный доступ» должен вызывать минимальные рубцовые изменения поверхностных тканей глаза. Рубцевание при использовании лимбального разреза минимально. Это объясняется тем, что точка начала теноновой капсулы находится на 2 мм снаружи от лимба; количество сосудов, питающих ткани, также минимальное. Вертикальный разрез, располагаясь непосредственно над мышцей, приводит к выраженной рубцеванию, спаиванию мышцы с конъюнктивной, новообразованные сосуды обильно питают зону рубцевания, все это затрудняет выделение мышцы в случае повторного вмешательства. Следовательно, если изначально планируется многоэтапное лечение, стоит отдать предпочтение лимбальному доступу.

В хирургии косоглазия нами наиболее часто используются два доступа: вертикальный конъюнктив-

альный и лимбальный с одним вспомогательным радиальным разрезом в направлении верхнего века.

Конъюнктивный вертикальный (прямой) доступ: конъюнктива надсекается в 5–6 мм от лимба, насечка расширяется в обе стороны до 7–9 мм. Теноново оболочка может рассекается одномоментно или, что чаще, вторым этапом. Плюсами данного доступа являются: хорошая визуализация, удобный захват мышцы, хорошее сопоставление тканей после манипуляций на мышцах, возможность одномоментного доступа к двум мышцам без проведения дополнительного разреза. К очевидным недостаткам можно отнести достаточно грубое рубцевание над мышцей, что затрудняет к ней доступ при возможных повторных хирургических вмешательствах. Для уменьшения грубого рубцевания мы применяем непрерывный двухрядный шов (отдельно адаптируется теноново капсула, а затем конъюнктива). При таком разрезе использование шовного материала максимальное [3].

Лимбальный доступ: выполняется радиальный разрез сверху длиной не более 7 мм до лимба, бранши ножниц вводятся параллельно лимбу по обнаженной склере для освобождения конъюнктивы от склеры, и выполняется разрез параллельно лимбу в 1 мм от него в проекции места прикрепления прямых глазодвигательных мышц на протяжении двух часов (например, от 2–4 или от 8–10) [6]. Положительными моментами такого доступа являются хорошая визуализация тканей и легкость манипуляций с ними. Сопоставление краев раны производится одним-двумя погружными узловыми швами по лимбу. Рубцовые изменения в послеоперационном периоде минимальны.

Однако, по нашим наблюдениям, именно при таком доступе возможно проявление достаточно выраженного роговичного синдрома. Для исключения развития такого осложнения в послеоперационном периоде нами разработан способ фиксации лимбального разреза [9]. Фиксация заключается в наложении двух узловых швов рассасывающейся нитью на радиальный разрез. При этом первый шов накладываем у лимба как внутренний, с погружением концов нити в послеоперационную рану за счет оставления концов нити не менее 5 мм (чтобы концы нити не раздражали роговицу), второй узловой шов накладываем в 3 мм от первого для фиксации концов нити первого шва. Кроме того, отметим следующую особенность: вследствие малого количества шовного материала и его локализации часто при таком доступе нити самостоятельно удаляются из глаза на 5–7-е сутки, что уменьшает послеоперационную реакцию.

Цель: сравнительный анализ двух видов хирургических доступов, используемых при хирургии косоглазия: вертикального и лимбального Г-образного.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения косоглазия у 137 пациентов (205 глаз) в возрасте от 4 до 15 лет, разделенных на две возрастные группы (4–7 лет и 8–15 лет) и прооперированных по поводу косоглазия на прямых и косых мышцах глазного яблока (табл. 1). Возрастные группы выбраны с учетом особенностей анатомического строения глаз, социальных факторов (зрительная нагрузка, вступление в школьный возраст). В младшей группе было 48 человек (84 глаза), в старшей — 99 человек (121 глаз).

Дооперационное обследование включало стандартное офтальмологическое и страбологическое исследование: определение угла косоглазия в 9

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от возраста и типа доступа к мышцам глазного яблока

Доступ к мышцам глазного яблока	Возраст		Итого
	4–7 лет	8–15 лет	
Вертикальный	52 (25,4%)	91 (44,4%)	143 (69,8%)
Лимбальный	32 (15,6%)	30 (14,6%)	62 (30,2%)

Таблица 2

Особенности операционных доступов к глазодвигательным мышцам при хирургическом лечении косоглазия

Параметр сравнения	Лимбальный доступ	Вертикальный доступ
Отношение к мышце	На удалении от места прикрепления к склере	У места прикрепления мышцы к склере
Тенозная оболочка	Минимум	Выраженная
Визуализация мышцы	Снижена	Достаточная
Доступ к двум мышцам	Нет	Да
Количество шовного материала	Минимум	Максимум
Необходимость снятия швов	Отсутствует	При реакции со стороны тканей
Рубцевание	Минимальное	Умеренное

кардинальных позициях поля зрения по Гиршбергу, исследование подвижности глазных яблок в 8 направлениях зрения, определение ретинокортикальной корреспонденции на синоптофоре, определение характера зрения на цветотесте.

Полученные в результате исследований результаты обрабатывались методом вариационной статистики с помощью компьютерной программы Statistica 10.0 (StatSoft, Inc.). Формат представления данных $M \pm \sigma$, где M — среднее значение, а σ — стандартное отклонение. С учетом того, что все исследуемые показатели соответствовали нормальному распределению (тест Колмогорова — Смирнова), в работе использованы параметрические методы статистики. Для определения различий между полученными результатами в различные сроки наблюдения относительно исходных значений в каждой группе применяли t -критерий Стьюдента для повторных измерений (зависимых выборок). При его величине от 2,0 и выше и показателе значимости различий $p < 0,05$ различие расценивалось как статистически значимое.

Результаты. При хирургии доступ к операционному полю осуществлялся вертикальным разрезом в 143 случаях (69,8%), лимбальным в 62 (30,2%). На мышцах выполнялись следующие операции: срединная тенорафия, миопластика, срединная теномиоэктомия, Z-образная миотомия, передняя транспозиция. Для герметизации конъюнктивного разреза использовался синтетический рассасывающийся шовный материал — викрил 8/0. Послеоперационные осмотры проводились на 1-е, 7-е сутки после операции, через 2 недели, через 1 и 6 месяцев после операции.

Выполняя ослабляющие операции с лимбальным доступом, при его адаптации необходимо выполнять умеренное натяжение конъюнктивы, что в послеоперационном периоде может привести к прорезанию швов. Напротив, при выполнении операций усиливающего типа адаптация послеоперационного разреза проходит свободно, без натяжения и соответственно без риска дезадаптации послеоперационной раны.

При хирургическом лечении косоглазия наличествуют определенные особенности операционных доступов к глазодвигательным мышцам (табл. 2).

В послеоперационном периоде сравнивались: состояние комфорта, реакция на шовный материал, необходимость его удаления, роговичный синдром, инъекция глазного яблока, рубцевание.

Гиперемия и отек слизистой в группе с лимбальным доступом уменьшались значительно быстрее и полностью проходили через 14 дней после хирургии, в то время как в группе с вертикальным конъюнктивальным доступом гиперемия сохранялась до 28 дней. Различие между средними значениями ($M \pm m$) в продолжительности гиперемии и отеке слизистой между группой с лимбальным доступом ($12,2 \pm 0,14$ суток) и вертикальным конъюнктивальным доступом ($24,5 \pm 0,15$ суток) было статистически значимыми ($p < 0,001$).

Однако в 3 случаях (4,8%) при лимбальном доступе имелись проявления роговичного синдрома, причем все случаи наблюдались в младшей возрастной группе. Возможно, это связано с характерологическими особенностями детей и трудностями в выполнении рекомендаций, в частности с закапыванием капель.

Реакция на шовный материал, проявляющаяся локальной гиперемией, отеком конъюнктивы, фолликулезом, зудом, в группе с лимбальным доступом фиксировалась лишь в 2 случаях (3,2%), а в группе с вертикальным доступом в 23 случаях (16,1%). При этом в 19 случаях (13,3%) принято решение об удалении швов в максимально сжатые сроки (10–14 дней после операции).

Субконъюнктивальные геморрагии в группе с вертикальным доступом встречались в 27 случаях (18,9%), а в группе с лимбальным доступом в 14 случаях (22,6%).

В группе с лимбальным доступом послеоперационный рубец формировался непосредственно у лимба и был практически незаметен, в то время как при вертикальном доступе рубец на конъюнктиве

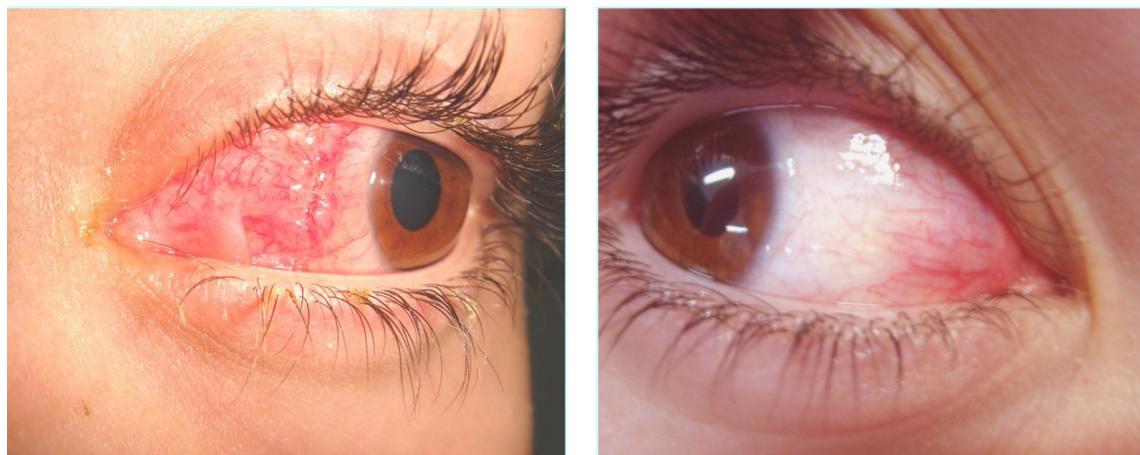


Рис. 1. Рубцевание конъюнктивы через 1 неделю после операции:
А — конъюнктивальный доступ; Б — лимбальный доступ

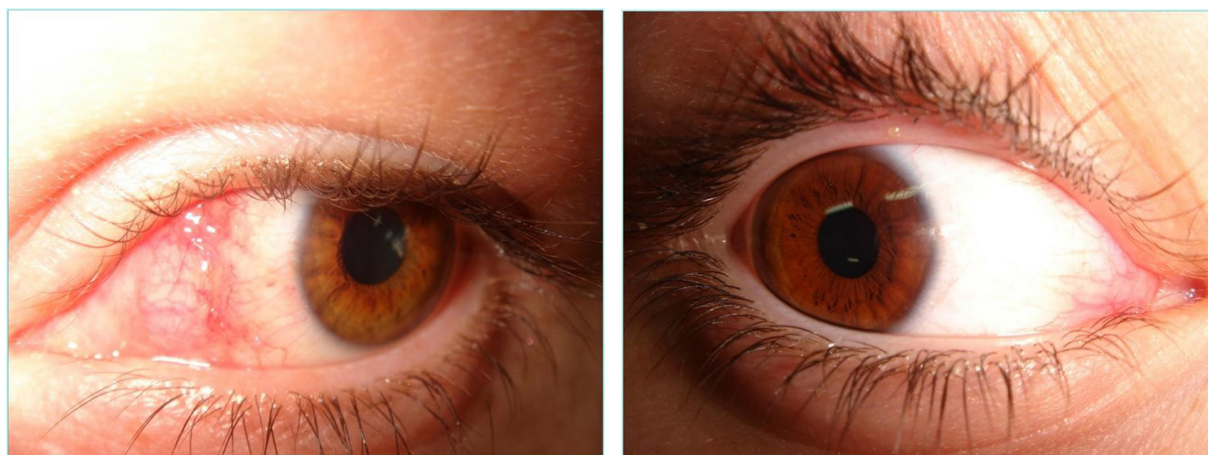


Рис. 2. Рубцевание конъюнктивы через 1 месяц после операции:
А — конъюнктивальный доступ; Б — лимбальный доступ

был более грубым и сохранялся в течение всего периода наблюдения.

Обсуждение. Лимбальный доступ позволяет выполнить ретракцию конъюнктивы и теноновой оболочки одновременно единым блоком и осуществить прямой доступ к склере [10]. При этом меньше нарушаются межмышечные блоки, снижается вероятность ослабить связочный аппарат и тем самым ослабить действие мышц. Поэтому данный доступ более целесообразен при выполнении операций, усиливающих действие глазодвигательных мышц. Кроме того, лимбальный доступ менее растяжим, облегчает послеоперационное сопоставление тканей [4] с меньшим использованием шовного материала [9]. Преимущество лимбального доступа по результатам данного исследования заключается также в достоверно меньшей продолжительности гиперемии и отеке слизистой после хирургического лечения косоглазия, а также в достоверно меньшем случае реакции на шовный материал. К очевидным недостаткам вертикального конъюнктивального доступа можно отнести достаточно грубое рубцевание над мышцей [3]. Преимущество вертикального конъюнктивального доступа отмечается при необходимости доступа к двум мышцам. В перспективе целесообразно провести сравнение с форникальным доступом. Ис-

пользование такого доступа при операциях на глазодвигательных мышцах, по мнению оперировавших хирургов, технически несколько сложнее, чем традиционно используемых. Главное неудобство создает конъюнктивально-теноновая складка, которую необходимо отодвигать и удерживать во время манипуляции на мышце. Однако бесспорным преимуществом является отсутствие швов, рубцевание при данном виде доступа минимальное, косметический эффект также положительный [2].

Выводы:

1. К каждому пациенту необходимо применять индивидуальный подход, учитывая цели и объем проводимой операции.

2. При выполнении операции на двух рядом расположенных мышцах предпочтение следует отдавать конъюнктивальному доступу, а при работе на одной мышце лимбальному.

3. При операциях усиливающего типа предпочтительнее использовать лимбальный доступ, при ослабляющих же операциях целесообразнее применять конъюнктивальный доступ.

4. У детей младшей возрастной группы и у пациентов с аллергическими реакциями в анамнезе лучше проводить операции с лимбальным доступом.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Ferris JD, Davis PIJ. Strabismus Surgery. Moscow, 2014; 332 p. Russian (Феррис Д. Д., Дейвис П. И. Дж. Хирургия косоглазия. М.: Логосфера, 2014; 323 с.).
2. Zhukova OV. New surgical access for operations on the oculomotor muscles. In: Ophthalmology: results and prospects: Thesis of the scientific-practical conference of ophthalmologists with international participation. Moscow, 2015; p. 60–2. Russian (Жукова О. В. Новый хирургический доступ при операциях на глазодвигательных мышцах. В кн.: Офтальмология: итоги и перспективы: тезисы науч.-практ. конф. офтальмологов с междунар. участием. М., 2015; с. 60–2).
3. Zhukova OV. The method of incision of the tenon capsule in the surgical treatment of strabismus and nystagmus. In: X Congress of Russian Ophthalmologists: Thesis of the conference. Moscow, 2015; p. 278. Russian (Жукова О. В. Способ разреза теноновой капсулы при хирургическом лечении косоглазия и нистагма. В кн.: X Съезд офтальмологов России: тезисы конф. М., 2015; с. 278).
4. Avetisov ES. Operations on the eye muscles: Guide to eye surgery. Moscow: Medicine, 1988; p. 425–64. Russian (Аветисов Э. С. Операции на глазных мышцах: руководство по глазной хирургии. М.: Медицина, 1988; с. 425–64).
5. Avetisov ES. Strabismus. Moscow: Medicine, 1977; p. 279–80. Russian (Аветисов Э. С. Содружественное косоглазие. М.: Медицина, 1977; с. 279–80).
6. Method of access to the oculomotor muscles during strabismus surgery: invention patent/Fokin VP, Gorbenko VM. Patent Number: 2708494. Country: Russia. Year of publication: 2019. Russian (Способ доступа к глазодвигательным мышцам при хирургии косоглазия: патент на изобретение/В. П. Фокин,

В. М. Горбенко. Номер патента: 2708494. Страна: Россия. Год публикации: 2019).

7. Fokin VP, Gorbenko VM. Limbal access to horizontal muscles in the surgical treatment of strabismus. In: New technologies in plastic surgery of the adnexa in case of eye and orbit injuries in emergency situations and catastrophes: Collection of scientific papers. Moscow, 2007; p. 116–8. Russian (Фокин В. П., Горбенко В. М. Лимбальный доступ к мышцам горизонтального действия в хирургическом лечении косоглазия. В кн.: Новые технологии в пластической хирургии придаточного аппарата при травмах глаза и орбиты в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф: сб. науч. трудов. М., 2007; с. 116–8).
8. Zhukova OV, Malov VM, Nikolaeva GA. The nature of the healing of conjunctival sections, depending on their location and the way the edges are fixed: An experimental clinical study. Bulletin of the Orenburg State University 2011; 133 (14): 125–8. Russian (Жукова О. В., Малов В. М., Николаева Г. А. Характер заживления разрезов конъюнктивы в зависимости от их расположения и способа фиксации краев: экспериментально-клиническое исследование. Вестник Оренбургского государственного университета 2011; 133 (14): 125–8).
9. Method of fixation of the limbal incision during strabismus surgery: invention patent/Fokin VP, Gorbenko VM. Patent Number: 2713109. Country: Russia. Year of publication: 2020. Russian (Способ фиксирования лимбального разреза при хирургии косоглазия: патент на изобретение/В. П. Фокин, В. М. Горбенко. Номер патента: 2713109. Страна: Россия. Год публикации: 2020).
10. Hoyt CS, Taylor D. Children's Ophthalmology. Moscow: Binom, 2016; vol. 2, p. 1044–77. Russian (Хойт К. С., Тейлор Д. Детская офтальмология. М.: Бином, 2016; т. 2; с. 1044–77).

УДК 617.741–089.87

Клинический случай

СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ С ШОВНОЙ ФИКСАЦИЕЙ В ЦИЛИАРНУЮ БОРОЗДУ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Н. М. Кислицына — ФГАУ «НМИЦ «МНТК 'Микрохирургия глаза' им. акад. С. Н. Федорова»» Минздрава России, врач-офтальмолог отделения витреоретинальной хирургии, кандидат медицинских наук; **Д. М. Султанова** — ФГАУ «НМИЦ «МНТК 'Микрохирургия глаза' им. акад. С. Н. Федорова»» Минздрава России, врач-ординатор; **С. М. Дибирова** — ФГАУ «НМИЦ «МНТК 'Микрохирургия глаза' им. акад. С. Н. Федорова»» Минздрава России, врач-ординатор; **Е. С. Куракина** — ФГАУ «НМИЦ «МНТК 'Микрохирургия глаза' им. акад. С. Н. Федорова»» Минздрава России, врач-ординатор.

METHOD FOR INTRAOCULAR LENS REPOSITION WITH SUTURE FIXATION IN THE CILIARY SULCUS (CLINICAL CASE)

N. M. Kislitsyna — S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Department of Vitreoretinal Surgery, Ophthalmologist, PhD; **D. M. Sultanova** — S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Resident Doctor; **S. M. Dibirova** — S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Resident Doctor; **E. S. Kurakina** — S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Resident Doctor.

Дата поступления — 10.04.2020 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2020 г.

Кислицына Н. М., Султанова Д. М., Дибирова С. М., Куракина Е. С. Способ репозиции интраокулярной линзы с шовной фиксацией в цилиарную борозду (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (2): 599–602.

Цель: представить способ репозиции интраокулярной линзы (ИОЛ) с шовной фиксацией к склере в проекции цилиарной борозды на примере клинического случая. Представлена методика подшивания дислоцированной ИОЛ модели Т-26 с шовной фиксацией в цилиарную борозду. Этапы операции: данный способ фиксации ИОЛ выполняется с применением офтальмологического шовного материала MANI sutures polypropylene 10–0, в комплект которого входят две прямые иглы. Через парацентез на 6 часах иглы проводятся выше и ниже гаптического элемента ИОЛ и выводятся в проекции цилиарной борозды на 12 часах. Образующаяся при этом петля нити фиксирует ИОЛ в проекции цилиарной борозды к склере. Острота зрения в 1-й день после операции составила 0,7; ВГД 19,0 мм рт. ст. При контрольном осмотре спустя 7 дней острота зрения 0,9 без дополнительной коррекции; ВГД 18 мм рт. ст. Предложенный способ репозиции ИОЛ с шовной фиксацией в цилиарную борозду отличается малотравматичностью, простотой выполнения, позволяет достичь хороших анатомических и функциональных результатов и может быть рекомендован к практическому применению.

Ключевые слова: дислокация интраокулярной линзы, репозиция интраокулярной линзы, цилиарная борозда, транссклеральная фиксация.

Kislitsyna NM, Sultanova DM, Dibirova SM, Kurakina ES. Method for intraocular lens reposition with suture fixation in the ciliary sulcus (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (2): 599–602.