

## ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

Доктора медицинских наук Казайкина Виктора Николаевича на диссертационную работу Муравлёвой Натальи Григорьевны «Интрасклеральное пломбирование с использованием вискоэластика в лечение локальных регматогенных отслоек сетчатки», представленной на соискание степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.07 – глазные болезни

### **Актуальность темы диссертации**

Диссертационная работа Муравлёвой Н.Г. посвящена одной из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний органа зрения – регматогенной отслойке сетчатки. В основе патогенеза развития регматогенной отслойки сетчатки лежит формирование ретинального разрыва на фоне ликвификации стекловидного тела и витреоретинальных тракций с последующей фильтрацией жидкости из витреальной полости в субретинальное пространство, в результате чего происходит отделение нейросенсорной сетчатки от пигментного эпителия.

Не вызывает сомнений патогенетическая направленность и эффективность применения различных методов витреоретинальной хирургии при лечении регматогенной отслойки сетчатки. В лечении неосложнённых локальных регматогенных отслоек сетчатки методом выбора является эписклеральное пломбирование, основной задачей которого является адаптация края разрыва к пигментному эпителию сетчатки и ослабление тракционного воздействия на сетчатку. В связи с бурным совершенствованием витреальной хирургии применение данного метода в 90-е годы значительно сократилось, но в последние 10 лет получило “второе дыхание”. Как показала практика, далеко не всегда интраокулярное вмешательство оказывалось эффективнее экстраокулярного, например, при хирургии отслойки сетчатки у молодых людей, и особенно при отсутствии

отслоения задних слоёв стекловидного тела. Кроме того, экстрасклеральное пломбирование не приводит к развитию катаракты, при нём реже развивается пролиферативная витреоретинопатия (1,9% против в 3-11,5%), реже требуется реоперация (7,3% против 13,2-24,5%), наконец, – это малобюджетная хирургия (в несколько раз дешевле, чем витрэктомия).

Для эписклерального пломбирования предложено множество различных материалов, но большинство из них имеют ряд ограничений ввиду сложности применения, высокой стоимости, либо отсутствия стабильных результатов. Классическая методика эписклерального пломбирования, несмотря на свою высокую эффективность, не исключает риска развития ряда серьёзных осложнений, таких как: смещение эписклеральной пломбы, образование пролежней и эрозии склеры, протрузия, инфицирование и отторжение пломбы, дипlopия, косоглазие и другие.

Начиная с 1979 года активно развивался метод экстрасклерального баллонирования. Рядом авторов применялся временный баллон для создания необходимого вала вдавления и через 7-10 дней производилось его удаление. Методика на первый взгляд была очень перспективна, но к несостоительности данного метода следует отнести возможность смещения баллона и разблокировку разрыва, необходимость постоянного контроля объёма баллона, вероятность восходящего инфицирования по трубочке и адаптеру и дискомфорт пациента.

В качестве альтернативного метода создания вала вдавления рядом авторов рассматривался метод супрахориоидального пломбирования. Предпринимались попытки введения различных веществ под сосудистую оболочку глаза, однако в клинике данные методики не получили широкого распространения ввиду нестабильности результатов и сложности хирургических манипуляций, кроме того, данный метод сопряжен с высоким риском осложнений.

В связи с вышеизложенным, разработка оптимальной методики для временного экстраокулярного пломбирования в лечении «свежих» неосложненных регматогенных отслоек сетчатки является актуальной проблемой современной офтальмохирургии.

**Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформированных в диссертации.**

Представленная диссертационная работа выстроена последовательно. Методологически верно определены задачи исследования, решение которых направлено на решение поставленной цели исследования. Работы выполнена с применением современных методов исследования и на достаточном количестве клинического материала, включающего результаты исследования проведенных у 60 пациентов, из которых 30-и пациентам выполнялось хирургическое лечением по предложенной автором методике интрасклерального пломбирования с использованием вискоэластика и 30-ти пациентам проводилось лечение по стандартной методике эписклерального пломбирования, что составляло группу контроля.

Анализ данных с использованием метода математической статистики подтверждает достоверность исследований, обоснованность и аргументированность вынесенных на защиту научных положений, выводов и практических рекомендаций. Сформулированные выводы имеют несомненное научное значение и могут быть использованы для дальнейших клинических исследований, а практические рекомендации имеют потенциал для применения в практике витреоретинальных хирургов.

Текст диссертации написан грамотно, хорошим литературным языком. Используемые таблицы и рисунки детально иллюстрируют ход исследований и убедительно подтверждают логику формирования выводом и заключений автора, делая представленные данные легко воспроизводимыми.

Автореферат, опубликованные 6 печатных работ, из них 3 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК, 1 патент РФ на изобретение, и 1 патент РФ на полезную модель полностью отображают содержание диссертационной работы.

### **Достоверность и новизна исследований полученных результатов**

Доказательства достоверности научных положений, выводов и клинических рекомендаций включают в себя достаточных объём клинического материала (60 пациентов; 60 глаз с локальной регматогенной отслойкой сетчатки). Автором использованы адекватные методы статистической обработки полученных данных.

Впервые представлены данные о том, что использование интрасклерального пломбирования с введением вискоэластика позволяет восстановить исходную максимально корригированную остроту зрения и снизить частоту послеоперационных осложнений в раннем и отдалённом послеоперационных периодах (диплопия, чувство инородного тела, птоз верхнего века). Метод позволяет уменьшить частоту таких осложнений, как индуцированный астигматизм и миопизация, по сравнению со стандартной методикой эписклерального пломбирования в 1,6 раза в отдалённом периоде (до 3 месяцев после операции), и в 2,1 раза в более позднем периоде (до 6 месяцев после операции), что заметно сокращает период реабилитации пациентов.

### **Значимость для науки и практики полученных автором результатов**

Результаты выполненной работы позволяют значительно повысить эффективность лечения пациентов с неосложнённой регматогенной отслойкой сетчатки. Оценка разработанных автором технологии

интрасклерального пломбирования с введением вискоэластика и показания к применению данной технологии свидетельствуют о том, что применение рекомендаций, изложенных в работе, позволяет добиться стойкого анатомического прилегания отслоенной сетчатки.

Применение интрасклерального пломбирования с введением вискоэластика следует рекомендовать пациентам с локальной регматогенной отслойкой сетчатки с небольшими ретинальными разрывами, давностью не более 1 месяца, площадью распространения не больше 3 часовых меридианов и без вовлечения макулярной зоны.

Полученные в ходе работы данные, в частности, сама методика выполнения интрасклерального пломбирования внедрена в практическую деятельность Головной организации ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения РФ, а также Калужского и Санкт-Петербургского филиалов.

Представленные в диссертации материалы дают основание рекомендовать выполнение интрасклерального пломбирования с использованием вискоэластика у пациентов со свежей локальной регматогенной отслойкой сетчатки при наличии определённых автором показаний. При этом следует определить размер ретинального разрыва и объём введенного вискоэластика.

### **Содержание диссертации, её завершенность в целом**

Диссертация построена в традиционном стиле, изложена на 126 страницах машинописного текста, иллюстрирована 19 рисунками и 20 таблицами, состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 211 библиографический источник, в том числе 46 отечественных и 165 иностранных публикаций.

В автореферате отражены основные результаты исследований, представленных в диссертации.

### **Вопросы и замечания**

Замечания по содержанию и изложению диссертационной работы Муравлёвой Н.Г. имеют не принципиальный характер и не влияют на значимость представленной работы. В качестве дискуссии хотелось бы поставить ряд вопросов.

1. В исследование были включены только пациенты, у которых макула перед операцией прилежала. Чем можно объяснить повышение максимально корректированной остроты зрения после проведенного лечения? Может быть следовало включить в предоперационное обследование пациентов данные ОКТ?

2. При отслойках сетчатки давностью до 1 месяца анатомическая эффективность лечения может зависеть от каждой дополнительной недели заболевания, особенно. При этом большое значение имеет и высота отслойки. Плоская отслойка сетчатки давностью 1 месяц может лечиться одинаково эффективно, как и высокая отслойка давностью меньше 1 недели. Какая длительность отслойки сетчатки преобладала в вашем исследовании (по неделям), и не проводили ли вы анализ зависимости анатомической эффективности лечения от этих двух факторов?

3. Почему для формирования хориоретинальной спайки использовалась лазерная коагуляция сетчатки, а не криопексия? В предлагаемой методике приходится выполнять дополнительный этап лечения. Современные аппараты для криопексии весьма удобны в применении и позволяют дозированно (не избыточно и локально) проводить данную процедуру сразу во время операции.

4. Почему для исследования был выбран вискоэластик «Healon» (Abbott Medical Optics Inc, США)? И не исследовались ли для вашей методики свойства других вискоэластиков?

5. Расслаивание склеры для формирования интрасклерального туннеля выполнялся с помощью плоского шпателя. Размер сформированного интрасклерального туннеля был индивидуален, зависел от размеров ретинального разрыва и рассчитывался по формуле. Как определялась достаточность длины туннеля? Имелась шкала на шпателье? «На глазок»? Или с применением офтальмоскопии?

6. Чем, по вашему мнению, в обеих группах была вызвана послеоперационная гипотония глазного яблока (менее 17 мм рт.ст.)? Может у данных пациентов это была не гипотония, а их нормальное внутриглазное давление?

### **Заключение**

Диссертационная работы Муравлёвой Натальи Григорьевны «Интрасклеральное пломбирование с использованием вискоэластика в лечении локальных регматогенных отслоек сетчатки» является законченной научно-квалифицированной работой, выполненной на высоком научном и методологическом уровне. В работе содержится решение актуальной научной задачи, а именно разработки технологии интрасклерального пломбирования с использованием вискоэластика в хирургии регматогенной отслойки сетчатки, имеющей существенное значение для офтальмологии.

По актуальности темы, научной новизне, объёму проведенных исследований и значимости полученных результатов, диссертационная работа Муравлёвой Натальи Григорьевны полностью соответствует требованиям, установленным Положение о присуждении учёных степеней (Постановление Правительства РФ № 842 от 24.00.2013 г. в редакции от

28.08.2017 г. № 1024), предъявляемым ВАК РФ к диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.07 – глазные болезни, а её автор заслуживает присвоения искомой степени.

Заведующий отделением витреоретинальной хирургии  
Екатеринбургского центра МНТК  
«Микрохирургия глаза»,  
доктор медицинский наук

Б

Казакин В.Н.

16.04.2014

Отзыв заверяю:

Генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК  
«Микрохирургия глаза»,  
кандидат медицинских наук

Шиловских О.В.

620149, г. Екатеринбург, ул. Бардина, д. 4А  
Телефон: +7 (343) 240-73-56  
Адрес электронной почты: victor.ru66@mail.ru

