



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12049 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОРБИТОТОМІЇ

1

2

(21) u200507432

(22) 25.07.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Кіщук Василій Васильович, Свистунов Дмитро
Миколайович(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб орбитотомії, що передбачає доступ до очниці через створення кісткового вікна у нижній стінці орбіти, який **відрізняється** тим, що доступ до очниці здійснюють через гайморову пазуху, виконуючи розріз слизової оболонки в присінку рота, використовуючи ендоскопічну мікрохірургічну техніку.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана при лікуванні доброякісних пухлин очниці і ретробульбарних гематом.

Відомий спосіб полягає в тому, що доступ до очниці здійснюється через її латеральну кісткову стінку. При цьому розріз шкіри здійснюють в скроневій ділянці і створюють кісткове вікно в латеральній стінці очниці. [Н.Е.Петренко. Хірургічне лікування доброякісних новоутворень, які локалізовані в області верхньої орбіти. Автореферат дисертації кандидата медичних наук. Київ. 2004].

Проте існуючий метод кісткової орбитотомії є досить травматичним і не забезпечує високого косметичного ефекту.

В основу корисної моделі «Спосіб орбитотомії» поставлено завдання шляхом доступу до очниці через її нижню кісткову стінку досягти максимального позитивного лікувального та косметичного ефекту при достатній функціональності і мінімальній інвазивності.

Це здійснюється способом, що передбачає доступ до очниці через створення кісткового вікна; згідно з корисною моделлю виконують розріз слизової оболонки в присінку рота, доступ до очниці здійснюють через гайморову пазуху, а кісткове вікно створюють в нижній стінці очниці, використовуючи ендоскопічну мікрохірургічну техніку.

Спосіб здійснюють таким чином.

Розріз слизової оболонки проводять в присінку порожнини рота над другим премалярном вертикально довжиною до 2см. Відсепаровують окістя і роблять отвір в лицьовій стінці діаметром 1см. Ендоскопом верифікують хід каналу n. infraorbitalis і, відступивши латеральне 1см, роблять розріз

слизової облонки верхньої стінки гайморової пазухи в передньо-задньому напрямку довжиною до 2см. Кістковим бором створюють вікно в діаметрі до 2см. Далі проводять ревізію орбіти з видаленням патологічного вмісту.

Приклад

Хвора У. поступила 24.12.04 зі скаргами на погіршення зору, випинання лівого очного яблука, постійну сльозотечу з лівого ока. Хворіє три тижні. Хвороба почалась раптово: протягом дня погіршився зір і з'явилося випинання очного яблука. По медичну допомогу протягом наступних трьох тижнів не зверталась. При огляді офтальмологом Vis OS-0.03, різко виражений екзофтальм, виражений хемоз кон'юнктиви, рух очного яблука обмежений у всі боки. Дислокація очного яблука доверху. Рогівка прозора, сферична, блискуча, передня камера середньої глибини, волога, прозора. Зіниця d=3мм, реагує на світло, просвіт сірого кольору, райдужка не змінена. З очного дна тьмянний рожевий рефлекс. Очне дно не офтальмоскопується. БОТ пальпаторно OS-N. VIS OD-0.7 на фоні корекції, оптичні середовища без особливостей. На оглядовій Ro-грамі лівої орбіти тіні стороннього тіла не виявлено, цілісність стінок орбіти не порушена. На МРТ-знімках та КТ-сканах від 24.12.04 - в ретробульбарному просторі зліва визначається об'ємне утворення розміром 34.9×27.9×25.3мм, з чіткими контурами, яке виповнює весь ретробульбарний простір з переходом на верхньо-зовнішню стінку верхньощелепної пазухи зліва. Утворення відтісняє зоровий нерв доверху і досередини. Враховуючи наявність утворення лівої орбіти, вирішено провести ендоскопічне хірургічне втручання через верхньо-зовнішню стінку лівої гайморової

(19) UA (11) 12049 (13) U

пазухи з метою збереження інфраорбітального нерва, очного яблука і зорового нерва. 28.12.04 під загальним знеболенням виконана ендоскопічна лівобічна нижня кісткова орбітотомія через верхньощелепну пазуху за методикою, описаною вище. В очниці виявлено утворення м'якої консистенції, яке цілком видалити неможливо. При пункції отримано 60мл геморагічної рідини. Капсулу новоутворення видалено. Гемостаз виконувався по ходу операції. Верхньощелепну пазуху дреновано поліхлорвініловим катетером через нижній носо-

вий хід. Накладено кетгутіві шви на слизово-окісні клапті. Геморагічна рідина та капсула новоутворення відправлені на патогістологічне дослідження. В післяопераційному періоді проводилось відсмоктування вмісту пазухи з введенням протизапальних засобів. Катетер видалений з гайморової пазухи на 7 добу. Хвора виписана в задовільному стані на 10 добу. При огляді офтальмологом очне яблуко стало на місце, рухи його в повному обсязі. Vis OS=0.8 на фоні корекції.