



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38400 (13) A

(51) 7 A61F9/007

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ ГЛАУКОМИ

(21) 2000063835

(22) 29.06.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Салдан Йосип Романович, Довгалюк Юрій Павлович

(73) Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

(57) Спосіб хірургічного лікування вторинної глаукоми, що включає введення дренажу в канал, що з'єднує кут передньої камери з супрахоріоїдним,

субкон'юнктивним та теноновим просторами, який відрізняється тим, що в склері виконують отвори, через один з яких в супрахоріоїдний простір для утримання склери і хоріоїдеї в роз'єднаному стані та попередження їх зрощення вводять здвоєний біологічно інертний імплантант, проксимальний край якого у вигляді петлі виступає в кут передньої камери і не доходить до краю зіниці при її натуральній максимальній ширині, а дистальний край проходить субкон'юнктивно в теноновий простір.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до офтальмології і може бути використаний для хірургічного лікування вторинної глаукоми.

Відомий спосіб хірургічного лікування глаукоми, що полягає в проведенні трубочки-дренажу з передньої камери через внутрісклеральний карман за екватор ока під тенонову капсулу, причому дистальний кінець трубочки або вільно виходить в теноновий простір, або фіксується силіконовою стрічкою, або заводиться під силіконовий експлантат (див.: А.с. 1745241 А61F9/00).

Але цей спосіб складний у виконанні, має значний процент ускладнень не дає надійної ефективності через порушення прохідності трубочки-дренажу.

Найбільш близьким до винаходу за технічною суттю є спосіб хірургічного лікування глаукоми-циклодіаліз, що полягає в створенні каналу, який з'єднує кут передньої камери з субкон'юнктивальним простором і проходить через супрахоріоїдальний простір і виконаний отвір в склері - склеректомію (див.: Калахан А. Хирургия глазных болезней. - 1963. - С. 311-312).

Але цей спосіб дає ускладнення при його виконанні, не забезпечує надійної ефективності через рубцювання і зарощення каналу (див.: Руководство по глазной хирургии / Под ред. М.Л. Краснова. - М., 1988. - С. 213-218).

В основу винаходу поставлена задача шляхом спеціально створеного каналу з імплантатом, забезпечити покращення умов відтоку внутріочної рідини, зменшити ускладнення, підвищити ефективність лікування. Поставлена задача вирішується в способі, що включає введення дренажу в ка-

нал, що з'єднує кут передньої камери з теноновим простором, згідно з винаходом, в склері виконують отвори, через один з яких в супрахоріоїдальний простір для утримання склери і хоріоїдеї в роз'єднаному стані та попередження їх зрощення вводять здвоєний біологічно інертний імплантант, проксимальний край якого у вигляді петлі виступає в кут передньої камери і не доходить до краю зіниці при її натуральній максимальній ширині, а дистальний - проходить субкон'юнктивально в теноновий простір.

Спосіб здійснюється таким чином. Після місцевої анестезії загальноприйнятим методом в 6-8 мм від лімба паралельно йому здійснюють розріз кон'юнктиви. В 7 мм від лімба на всю товщину склери трепаном виконують наскрізні отвори (склеректомії). Кількість їх залежить від величини внутрішньочного тиску. Через два склеральних отвори виконується циклодіаліз (відділяється війкове тіло від склери) спеціальним шпательом. Потім в один із склеральних отворів в напрямку кута передньої камери через супрахоріоїдальний простір вводять подвійний капіляр або нитку з біологічно інертного матеріалу, заокруглений край якого виходить в кут передньої камери і виступає з нього, не доходячи до краю зіниці при її натуральній максимальній ширині, а дистальну частину імплантату пришивають до краю склери, де він виходить з її отвору і кінці імплантату вводять в теноновий простір. Кон'юнктивальний розріз зашивають синтетичним швом. Таким чином, створюється канал, який являє собою простір між боковими частинами імплантату та хоріоїдеєю і склерою.

(19) UA (11) 38400 (13) A

Приклад. Хворий М., 47 років, повторно поступив в клініку з діагнозом - вторинна неоваскулярна глаукома після перенесеного тромбозу центральної вени сітківки лівого ока. Рівень внутріочного тиску – 47 мм рт. ст. Гоніоскопічне обстеження кута передньої камери та біомікроскопія показали інтенсивну неоваскуляризацію райдужки, особливо в ділянці її кореня. Ці дані свідчать про безперспективність традиційних антиглаукоматозних операцій. В зв'язку з тим хворому виконана операція по запропонованому нами способу: після розрізу кон'юнктиви в 8мм від лімба в склері виконано три склеректомії для зниження очного тиску. Через один отвір шпателем, введеним в супрахоріоїда-

льний простір, корінь райдужки відділений від склери в зоні склеральної шпори. Таким чином, створено канал, що з'єднує кут передньої камери з субкон'юнктивальним простором. Через один отвір в склері в цей канал введено здвоєну силіконову трубочку так, що заокруглений край її виходить в кут передньої камери і виступає з нього, не досягаючи до краю зіниці при її максимальній натуральній ширині. Імплантат пришитий до краю склерального отвору, з якого він виходить і кінці його введені в тенозовий простір. На краї кон'юнктивального розрізу накладено неперервний, синтетичний шов 10/0.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
