

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до офтальмології, і може бути використана для виконання транскліарної імплантації інтраскулярної лінзи (ІОЛ) під час транскліарного хірургічного втручання при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії.

Найбільш близьким до заявляемого способу є спосіб Forlini C. Pole to pole surgery in trauma case [Матеріали 11 з'їзду офтальмол. України. 16-19 травня 2006. Одеса. Україна, С.138-139], за яким хірургічне втручання при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії виконують транскліарно, а при необхідності імплантації м'якої ІОЛ в передньому відділі ока виконують додатковий операційний розріз.

Недоліки прототипа.

Необхідність додаткового операційного розрізу в передньому відділі ока, який зачіпляє рогівку, підвищує травматичність операції, приводить до травмування інших структур ока, що приводить до розвитку додаткових післяопераційних ускладнень, а також збільшує тривалість операції.

В основу запропонованого способу поставлено завдання удосконалення способу транскліарного хірургічного втручання при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії шляхом виконання транскліарної імплантації м'якої ІОЛ, яка виконується одномоментно з проведенням хірургічного втручання при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії, за рахунок чого знижується травматичність оперативного втручання, скорочується час операції і уникається можливість розвиток ускладнень з боку переднього відділу ока.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі транскліарної імплантації м'якої ІОЛ при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії, що полягає у проведенні транскліарного хірургічного втручання при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії, відповідно корисній моделі одномоментно виконується імплантація м'якої ІОЛ транскліарно з шовною фіксацією до склери в ділянці циліарної борозни.

Причинно-наслідкові зв'язки.

1. Виконання транскліарної імплантації м'якої ІОЛ одномоментно з проведенням транскліарного хірургічного втручання при патології склистого тіла, дислокації кришталика і афакії дозволяє виключити додаткове хірургічне втручання на структурах переднього відділу ока, що знижує травматичність втручання і тим самим запобігає розвитку ускладнень з боку рогівки.

2. Скорочується тривалість операції і тим самим час перебування пацієнта під анестезією.

Опис операції.

Операційне поле обробляють розчином хлоргексидину. Місцева анестезія 2% лідокаїном. 2 розріза кон'юнктиви на 3 і 9 год. біля лімбу і 3 розріза в 3мм. від лімбу. Розріз склери в 33мм. від лімбу. Викроюють 2 пошарові лоскути склери біля лімбу. Підводять іригаційну систему, вводять освітлювач і виконують операційне втручання на склистому тілі, видаляють дислокований кришталик. Проводять шов Polyrpropylene 10/0 крізь глибокі шари склери з виходом його на поверхні склери з протилежного боку. Гачком для райдужки, проведеним крізь вже зроблений склеральний розріз виводять центральну частину шва на поверхню склери, розрізають його і два кінця фіксують до гаптки м'якої ІОЛ де оптична частіша гнучка, а гаптика зроблена з поліметілметокрилату. Склеральний розріз поширюють до 3мм, спеціальним пінцетом складають ІОЛ і в складеному стані проводять крізь склеральний розріз в задню камеру ока, підтягують зовнішні кінці шва, центрують ІОЛ, кінці шва фіксують до глибоких шарів склери, покривають лоскутом поверхніх шарів склери, накладають шви на склеру і кон'юнктиву. Під кон'юнктиву вводять 0,5мл. зінацефу і 0,5мл. дексаметазону. Накладають монокулярну пов'язку.