



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5240 (13) U

(51) 7 A61F9/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕЦЕНТРАЦІЇ ТА ДИСЛОКАЦІЇ ІНТРАОКУЛЯРНОЇ ЛІНЗИ

1

(21) 20040808718

(22) 11.08.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Веселовська Зоя Федорівна, Веселовська
Наталія Миколаївна, Ковальов Андрій Іванович,
Молебна Оксана Василівна

2

(73) Веселовська Зоя Федорівна, Веселовська
Наталія Миколаївна, Ковальов Андрій Іванович,
Молебна Оксана Василівна(57) Спосіб профілактики децентрації та дислокації
інтраокулярної лінзи, що включає введення ендо-
капсулярного кільця в капсульний мішок, який від-
різняється тим, що інтраокулярну лінзу попере-
дньо підшивають до ендокансуплярного кільця й
одночасно імплантують у капсульний мішок.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до офтальмохірургії, і може бути використана для профілактики децентрації та дислокації інтраокулярної лінзи.

Проблема профілактики децентрації інтраокулярної лінзи залишається актуальною як в Україні, так і у всьому світі. Це пов'язано з виникненням слабкості або розриву циннових зв'язок, капсульного мішка при деяких патологічних станах ока у хворих на катаракту, що зумовлює високий ризик розвитку ускладнень як під час операції видалення катаракти, так і після неї.

Відомий спосіб профілактики децентрації інтраокулярної лінзи за допомогою ендокансуплярного кільця, обраний в якості прототипу [1], який передбачає мікрохірургічне втручання для введення ендокансуплярного кільця. Операція виконується наступним чином: хворому після виконання склеро-корнеального тунельного розрізу, безперервного лінійного капсулорексіса, факоемульсифікації кришталика, часткового видалення кришталикових мас в звід капсули вводиться розімкнене едотансуплярне підтримуюче кільце. Після остаточного видалення кришталикових мас імплантується інтраокулярна лінза.

Проте цей спосіб має ряд недоліків:

- 1) можлива децентрація інтраокулярної лінзи;
- 2) при ушкодженнях капсульного мішка можлива дислокація інтраокулярної лінзи;
- 3) можливе травмування сітківки при дислокації інтраокулярної лінзи.

Задачею корисної моделі є попередження виникнення децентрації і можливої дислокації інтра-

окулярної лінзи та травмування сітківки дислокованою інтраокулярною лінзою.

Технічний результат, який отримують в результаті вирішення задачі, полягає у підвищенні ефективності профілактики децентрації та дислокації інтраокулярної лінзи при реабілітації хворих на катаракту з псевдоексfolіативним синдромом та патологією капсульного мішка шляхом імплантації ендокансуплярного кільця з підшитою до нього інтраокулярною лінзою.

Зазначену задачу досягають тим, що у відомому способі, який включає введення ендокансуплярного кільця в капсульний мішок, відповідно до корисної моделі, інтраокулярну лінзу попередньо підшивають до ендокансуплярного кільця і одночасно імплантують в капсульний мішок.

Спосіб виконується наступним чином.

Перед операцією інтраокулярну лінзу фіксують швами до двох розміщених по діагоналі петель ендокансуплярного кільця. Після виконання склеро-корнеального тунельного розрізу, безперервного лінійного капсулорексіса, факоемульсифікації кришталика, часткового аспіраційно-іригаційного видалення кришталикових мас в капсульний мішок вводять ендокансуплярне кільце та інтраокулярну лінзу, фіксовані разом. Час операції при цьому скорочується, зменшується можливість пошкодження капсули та підвищується вірогідність забезпечення належної центрації інтраокулярної лінзи.

Можливість здійснення винаходу підтверджується конкретним прикладом.

(13) U

(11) 5240

(19) UA

Приклад 1. Хвора К., 68 років. Поступила 17.05.04 з діагнозом: незріла катаракта, псевдо-ексfolіативний синдром правого ока; початкова катаракта, гіперметропія слабого ступеню, початкова макулодистрофія лівого ока, ангіосклероз сітківки обох очей

St.localis: Vis OD=0,02н/к ; Vis OS=0,3 +1,5, D sph=0,7 BCOD/OS=18/18мм.рт.ст. OD - рогівка прозора, передня камера середньої глибини, в кришталику дифузні помутніння. По краю зіничної кайми та передньої капсули кришталика ніжні псевдоексfolіації. Огляд очного дна утруднений через достатньо інтенсивне помутніння кришталика; просвічується блідо-рожевий диск зорового нерва, звужені артеріальні судини, деталі не видно.

OS - рогівка прозора, передня камера середньої глибини, в кришталику дифузне, але менш інтенсивне помутніння, на очному дні - диск зорового нерва блідо-рожевий з чіткими межами, артеріальні судини звужені, з нерівномірним калібром, в макулярній області рефлекс стушований, диспигментація та поодинокі друзи. Наявність псевдоексfolіацій передумовлювала можливість слабкості

циліарних зв'язок. Тому було доцільно імплантувати ендокapsулярне кільце. Після виконання склеро-корнеального тунельного розрізу, безперервного лінійного капсулорексиса, факоемульсифікації кришталика, часткового видалення кришталікових мас в капсульний мішок одночасно імплантували ендокapsулярне кільце та інтраокулярну лінзу, попередньо фіксовані разом. Хвора виписана з гостротою зору правого ока 0,8. Через 2 місяці гострота зору підвищилась до 0,9, положення інтраокулярної лінзи було правильним, помутніння задньої капсули, стягування країв капсулорексиса не спостерігалось.

За пропонуванням способом було прооперовано 6 хворих. Спосіб випробований на базі КМКЛ №1 з позитивним результатом, що дозволяє рекомендувати його для практичного використання в хірургічній офтальмології.

Література

1. Howard V. Gimbel, Ran Sun. Clinical applications of capsular tension rings in cataract surgery. Ophthalmic Surgery and Lasers. 2002, vol.33, iss.1, pp.44-54.