



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **12260** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 3/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КАТАРАКТОЮ ТА ПЕРВИННОЮ ГЛАУКОМОЮ

1

2

(21) u200509866

(22) 20.10.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Могилевський Сергій Юр'євич, Павлюченко
Костянтин Павлович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ.М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування хворих з катарактою та первинною глаукомою шляхом визначення внутрішньоочного тиску з наступним склерокорнеальним доступом шириною 6-8 мм, проведенням

парацентезу рогівки на меридіанах 10 та 2 годин, заповненням передньої камери віскоеластиком, проведенням переднього кругового капсулорексису шириною 5-6 мм та тонельної екстракції катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи, який відрізняється тим, що після парацентезу рогівки через отриманий отвір на меридіані 10 годин вводять гоніотом, яким розтинають трабекулярну пластину на меридіані 4 годин, поступово просуваючи його від меридіану 4-х до 7-ми годин, а довжину та глибину розтину регулюють гоніотомом у залежності від вихідного рівня внутрішньоочного тиску.

Спосіб, що пропонується, відноситься до медицини, а саме до офтальмохірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування катаракти та глаукоми, тонельної екстракції катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи та дозованою ендогоніотомією у відділеннях мікрохірургії ока.

Відомо спосіб хірургічного лікування хворих з катарактою та первинною глаукомою [1. Глазные болезни / под ред. А.А. Бочкаревой. - М.: «Медицина», - 1989, - С.247] шляхом склерокорнеального доступу, заповненням передньої камери віскоеластиком, проведенням переднього кругового капсулорексису шириною 5-6мм та тонельної екстракції катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ).

Недоліком відомого способу є можливість розвитку вторинної плівкової катаракти.

Найбільш близьким за технічною суттєвістю до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування хворих з катарактою та первинною глаукомою [2. М.М. Краснов. Микрохирургия глауком. - М.: «Медицина». - 1980. - С.211] шляхом визначення внутрішньоочного тиску з наступним склерокорнеальним доступом шириною 6-8мм, проведенням парацентезу рогівки на меридіанах 10 та 2 годин, заповненням передньої камери віскоеластиком, проведенням переднього кругового капсулорексису шириною 5-6мм та тонельної екстракції катаракти з імплантацією ІОЛ.

Недоліком відомого способу є неможливість регулювання внутрішньоочного тиску, що необхід-

но для лікування первинної глаукоми та зберегання зору. Крім того, використання даного способу не забезпечує абсолютної герметизації післяопераційної рани, що супроводжується характерними для фільтруючих антиглаукоматозних втручань ускладненнями, а саме, гіпотонією, циліохоріоїдальним відшаруванням, післяопераційним астигматизмом, які негативно впливають на найближчі та віддалені результати лікування.

В основу способу, що заявляється, поставлена задача створення способу хірургічного лікування хворих з катарактою та первинною глаукомою шляхом розтину трабекулярної пластини з регулюванням глибини та довжини розтину гоніотомом, який вводять через отвір при попередньому парацентезі на меридіані 10 годин та розтинають трабекулярну пластину на меридіані 4 годин, поступово просуваючи його від 4 до 7 годин, що дає можливість регулювати внутрішньоочний тиск.

Суть способу, що заявляється, полягає у тому, що хірургічне лікування хворих з катарактою та первинною глаукомою виконують шляхом визначення внутрішньоочного тиску з наступним склерокорнеальним доступом шириною 6-8мм, проведенням парацентезу рогівки на меридіанах 10 та 2 годин з наступним введенням через отриманий отвір на меридіані 10 годин гоніотому, яким розтинають трабекулярну пластину на меридіані 4 годин, поступово просуваючи його від меридіану 4-х до 7-ми годин, а довжину та глибину розтину регулюють гоніотомом у залежності від вихідного рівню

(13) **U**

(11) **12260**

(19) **UA**

внутрішньоочного тиску, подальшим заповненням передньої камери віскоеластиком, проведенням переднього кругового капсулорексису шириною 5-6мм та тонельної екстракції катаракти з імплантацією ІОЛ.

Новим в способі, що заявляється, є те, що після парацентезу рогівки через отриманий отвір на меридіані 10 годин вводять гоніотомом, яким розтинають трабекулярну пластину на меридіані 4 годин, поступово просуваючи його від меридіану 4-х до 7-ми годин, а довжину та глибину розтину регулюють гоніотомом у залежності від вихідного рівню внутрішньоочного тиску.

Реалізують спосіб наступним чином. Операцію виконують склерокорнеальним дугоподібним доступом шириною 6-8мм, далі проводять парацентез рогівки на меридіані 10 та 2 годин, передню камеру заповнюють віскоеластиком - 2% метилцелюлоза. Проводять передньокруговий капсулорексис шириною 5-6 мм у залежності від зрілості катаракти. Перед проведенням гідровіскодисекції та гідроділення ядра у передню камеру через отвір при парацентезі (під праву руку) на меридіані 10 годин вводять гоніотомом, яким проводять розтинання трабекулярної пластини рухом гоніотому, просуваючи від 4 до 5, або до 6, або до 7 годин у залежності від рівню внутрішньоочного тиску, тобто протяг та глибину зони трабекул, що розтинається, дозують у залежності від вихідного рівня внутрішньоочного тиску. Дозування глибини та протягу розтину забезпечується особливістю конструкції гоніотому. Все це дозволяє запобігати додаткової травматизації зони трабекул, що розтинається, та небажаних ускладнень процедури, що пропонується. Після цього виконують решту етапів тонельної екстракції катаракти з імплантацією ІОЛ, а саме, проводили гідродисекцію та гідроділення ядра кришталіку, ядро виводять у передню камеру та видаляють його за допомогою ірігаційної канюлі петлі. Аспірацію кришталікових мас проводять бімануально, при цьому капсулярний мішок заповнюють віскоеластиком - Cellugel (Alkon, США), проводять імплантацію ІОЛ ПММА "Crystal" з діаметром оптики 6,9мм. Бімануально проводять видалення віскоеластика з передньої камери та капсулярного мішка та виконують гідроадаптацію рогівкових портів та тонельного доступу. Адаптують слизову за допомогою електрокаутера, субкон'юнктивально вводять по 0,2мл гентаміцину та дексаметазону. Далі знімають вікорозширювач. У кон'юнктивальну порожнину закладають очну мазь з антибіотиком широкого спектру дії.

Перевагою способу, що заявляється, є те, що антиглаукоматозний компонент комбінованого хірургічного лікування проводиться з боку кута передньої камери ока, безпосередньо на трабекулярному апараті, що є патогенетично обґрунтованим. Це дозволяє запобігти фільтрації внутрішньоочної рідини субсклерально або субкон'юнктивально, а також післяопераційної гіпотонії.

У процесі клінічних досліджень встановлено, що ендотрабекулотомія, проведена на колі у 3мм, знижує внутрішньоочний тиск на 3-4мм рт.ст., на

колі 4-6мм - на 5-6мм рт.ст., на колі 6-7мм - на 6-8мм рт.ст.

Приклад 1. У відділення мікрохірургії ока поступив хворий Н., 56 років з діагнозом: незріла вікова катаракта, первинна відкритокутова ІІв глаукома правого ока, початкова вікова катаракта, первинна відкритокутова Іа глаукома лівого ока. При вступленні гострота зору правого ока 0,1н/к, не коригується. Внутрішньо очний тиск 28мм рт.ст. при двократному закапуванні 0,5% розчину тимолулу. Поле зору на білий колір, об'єкт 0,3см.

Гострота зору лівого ока 0,6н/к зі сферою - 1,0^D=0,9-1,0. Внутрішньоочний тиск 21мм рт.ст. при двократному закапуванні 0,25% розчину Бетоптика С. Поле зору на білий колір об'єкт 0,3см.

Пацієнту у плановому порядку було проведено оперативне лікування - тонельна екстракція катаракти, імплантація інтраокулярної лінзи та ендогоніотомія на правому оці під місцевою анестезією 2% розчином лідокаїну ретробульбарно 4мл та інстиляційно алкаїном. Хід операції: після визначення внутрішньоочного тиску виконували склерокорнеальний доступ шириною 6-8мм, проводили парацентез рогівки (під праву руку) на меридіанах 10 та 2 годин з наступним введенням через отриманий отвір на меридіані 10 годин гоніотому. Далі гоніотомом розтинали трабекулярну пластину на меридіані 4 годин, поступово просуваючи його від меридіану 4-х до 5-ми годин, а довжину та глибину розтину регулювали гоніотомом у залежності від вихідного рівню внутрішньоочного тиску, з подальшим заповненням передньої камери віскоеластиком, проведенням переднього кругового капсулорексису шириною 5-6мм та тонельної екстракції катаракти з імплантацією ІОЛ.

У першу добу після операції праве око майже спокійно, рогівка прозора, передня камера середньої глибини, зіниця округла, фотореакція млява. Положення інтраокулярної лінзи правильне. З очного дна розовий рефлекс. Диск зорового нерва злегка сірий, межі чіткі, судини не змінені, гострота зору 0,7-0,8, не коригується. Внутрішньоочний тиск пальпаторно нормальний. Пацієнту призначений у інстиляціях розчин Макситролу 6 разів на день. На перший день накладено монокулярну асептичну пов'язку. При огляді пацієнта через 1 та 3 місяці після операції - гострота зору правого ока - 0,9-1,0, поле зору - без динаміки. Внутрішньоочний тиск - 17-18мм рт.ст.

Використання способу, що заявляється, дає можливість запобігти фільтрації внутрішньоочної рідини субсклерально або субкон'юнктивально, а також післяопераційної гіпотонії, набряку сітчатки, індукованого післяопераційного астигматизму, кістозного змінення фільтраційної подушки, що негативно впливає на найближчі та віддалені результати хірургічного лікування хворих з катарактою та первинною глаукомою.

Література:

1. Глазные болезни / под ред. А.А. Бочкаревой. - М.: «Медицина», - 1989, - С.247.
2. М.М. Краснов. Микрохирургия глауком. - М.: «Медицина». - 1980. - С.211.

