



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64069 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61F 9/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ТА ЗАКРИТОКУТОВОЇ НЕКОМПЕНСОВАНОЇ ГЛАУКОМИ**

1

2

(21) u201104609

(22) 14.04.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) РУДКОВСЬКА ОКСАНА ДМИТРІВНА

(73) РУДКОВСЬКА ОКСАНА ДМИТРІВНА

(57) Спосіб лікування первинної та вторинної відкритокутової та закритокутової некомпенсованої

глаукоми, що включає видалення в чотирьох косих квадрантах в проекції циліарного тіла, починаючи з 2 мм від лімба, поверхневого шару склери на 4/5 її товщини, який **відрізняється** тим, що видаляють поверхневий шар склери круглої конфігурації діаметром 4-5 мм, симетрично та ідентично по площі.

Корисна модель належить до медицини, а саме до офтальмології, та може бути використана для хірургічного або лазерного лікування первинної та вторинної відкритокутової та закритокутової некомпенсованої глаукоми.

Ґрунтуючись на сучасних роботах про етіопатогенез глаукоми склеральну капсулу ока треба робити більш еластичною в проекції циліарного тіла [1, 2].

Найбільш близьким та вибраним за прототип є спосіб лікування первинної відкритокутової і закритокутової некомпенсованої глаукоми, що полягає в ослабленні опорних властивостей склери в чотирьох косих квадрантах в проекції циліарного тіла шляхом видалення, починаючи з 2 мм від лімба, поверхневого шару склери на 4/5 її товщини у вигляді прямокутника зі сторонами 3-5 і 5-7 мм, з довшою стороною, перпендикулярною лімбі [3].

Недоліком даного способу є можливе ускладнення після операції, таке як виникнення астигматизму рогівки (порушення сферичності її поверхні) внаслідок неповної ідентичності видалення ділянок склери в проекції циліарного тіла, що веде до зниження гостроти зору оперованого ока.

Задача корисної моделі - підвищити ефективність гіпотензивної операції при первинній та вторинній відкритокутової та закритокутової глаукомі та запобігти ускладненням, пов'язаним зі зміною форми рогівки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування первинної та вторинної відкрито- і закритокутової некомпенсованої глаукоми ослаблення опорних властивостей склери в проекції циліарного тіла в 4-х косих квадрантах проводять

симетрично шляхом уніфікації видалених ділянок поверхневих шарів склери. Склера висікається за допомогою трепана діаметром 4-5 мм на 4/5 її товщини. Вказана конфігурація потоншених ділянок склери округла і ідентична по площі - забезпечує рівномірне ослаблення ригідності фіброзної оболонки ока в усіх 4-х квадрантах і мінімізує можливість втрати рогівкою своєї сферичності, а, отже, виникнення астигматизму зі зниженням гостроти зору. Крім того, вказаний спосіб дає більший гіпотензивний ефект, оскільки максимально наближений до природних механізмів регуляції внутрішньоочного тиску: при термінальних стадіях глаукоми на склері в проекції циліарного тіла утворюються так звані циліарні стафіломи - округлі потоншення склери, через які просвічує судинна оболонка [4]. Саме округла форма витоншених ділянок склери забезпечує максимальне зниження внутрішньоочного тиску.

Спосіб лікування первинної та вторинної відкритокутової та закритокутової некомпенсованої глаукоми здійснюють наступним чином:

Після нейролептаналгезії і місцевої анестезії в 4-х косих квадрантах в 7 мм від лімба концентрично розрізають і відсепаровують кон'юнктиву. В 2-х мм від лімба за допомогою трепана діаметром 5 мм і алмазного ножа (або лазерного випромінювання) висікають круглі ділянки поверхневих шарів склери на 4/5 її товщини. Гемостаз. Шви на кон'юнктиву. Під кон'юнктиву - дексаметазон 1,0 мл.

Використання нашого способу пояснюється прикладом.

Хвора М., 62 р., діагноз: відкритокутова III c (ксалаком) глаукома OD, відкритокутова II a (кса-

(19) UA (11) 64069 (13) U

лаком) глаукома OS, початкова катаракта OU Гострота зору OD=0,3/0,4 з+ 1,25D, гострота зору OS=0,6/0,9 з+ 1,5D. ВОТ (внутрішньо очний тиск) = 35/19 мм.рт.ст. Поле зору OD: на Фіг.1. Поле зору OS: на Фіг.2.

Кришталіки на обох очах частково мутні, на очному дні - глаукоматозна екскавація дисків зорових нервів (на правому оці співвідношення Е/Д=0,7, на лівому оці співвідношення Е/Д=0,6

Дані комп'ютерної кератометрії:

OD: 42,5 D-0° 43,0 D-90°,

OS: 41,75 D-0° 42,75 D-90°.

Хворій проведена операція - поверхнева склеректомія на правому оці - по описаній вище методиці. Операція та післяопераційний період перебігли без ускладнень. ВОТ знизився до 18-20 мм.рт.ст без застосування гіпотензивних препаратів. Строк спостереження 1,5 року. За цей час гострота зору і поле зору залишаються стабільними. На очному дні величина глаукоматозної екскавації не збільшилась (Е/Д=0,7). Сферичність рогівки практично не змінилась

42,5-10°

43,25-100°.

Позитивним моментом є також відсутність прогресування помутніння кришталіка, що є характерним ускладненням традиційних фістулізуючих операцій (синусотрабекулоектомії).

Аналогічний тип операції виконано у 15 хворих з некомпенсованою відкрито- та закритокутовою глаукомою первинного та вторинного ґенезу.

В результаті використання нашого способу вдалося нормалізувати ВОТ за рахунок одноментного зниження опорних властивостей склери в проекції циліарного тіла, уникнути утворення післяопераційного астигматизму рогівки шляхом

симетричного стандартизованого (трепан) втручання на склері, що забезпечило стабільність зорових функцій. Гіпотензивний ефект вказаної операції = 13-20 мм.рт.ст. Операція непроникаючого типу позбавлена всіх ускладнень, можливих при фістулізуючих антиглаукоматозних операціях (крововиливи, ціліохоріоїдальне відшарування, іридоцикліт, ендотальміт [5]).

Операція не вимагає спеціального технічного оснащення, не пов'язана зі значними матеріальними витратами, проста у виконанні, безпечна і може бути рекомендована до широкого застосування в клінічній практиці як патогенетично обґрунтована.

Джерела інформації:

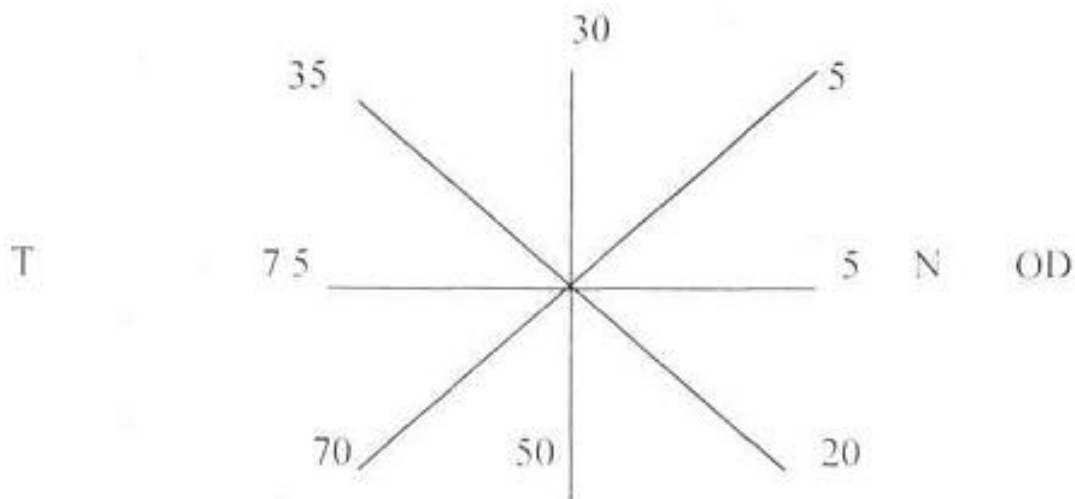
1. Кошиц И.Н., Светлова О.В., Рябцева А.А. и др. Роль ригидности фиброзной оболочки глаза и флуктуации склеры в ранней диагностике открытоугольной глаукомы. // Офтальмологический журнал. - 2010. - №6. - С. 76-88.

2. Рудковская О.Д., Пишак В.П. Офтальмогипертензия и глаукома: механизмы развития (теоретико-клиническое исследование) // Вестник офтальмологии.-2010. - т. 126, №3. - с. 40-43.

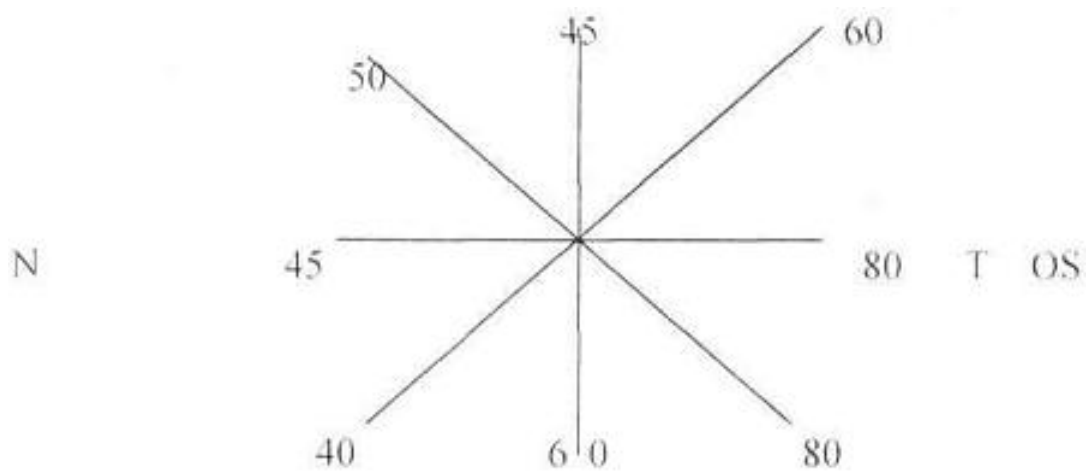
3. Патент на винахід №77883 Спосіб лікування первинної відкритокутової і закритокутової некомпенсованої глаукоми. Рудковська О.Д. МПК(2006) А61F 9/00, А61N 5/00. Дата публікації 15.01.2007, Бюл. №1.

4. Мулдашев Э.Р., Корнилова Т.Г. Стафиломы склеры. - Уфа, 2000. - 96 с.

5. Завгородняя Н.Г., Пасечникова Н.В., Первичная глаукома. Новый взгляд на проблему. / Монография. - Запорожье.: Агентство "Орбита-ЮГ"; 2010. - 192 с.



Фіг. 1

**Fig. 2**