



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80762** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2012 14554</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Риков Сергій Олександрович (UA),</b> <b>Лаврик Наталія Семенівна (UA),</b> <b>Шульжко Ірина Анатоліївна (UA),</b> <b>Гуржій Юлія Максимівна (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>19.12.2012</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.06.2013</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.06.2013, Бюл.№ 11</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>Риков Сергій Олександрович,</b> пров. Чеховський, 11, кв. 3, м. Київ, 01053 (UA), <b>Лаврик Наталія Семенівна,</b> пров. Гордієнка, 1-а, кв. 61, м. Київ, 01024 (UA), <b>Шульжко Ірина Анатоліївна,</b> вул. Героїв Севастополя, 12, кв. 31, м. Київ, 03065 (UA), <b>Гуржій Юлія Максимівна,</b> вул. Бакинська, 37-г, кв. 141, м. Київ, 04086 (UA)

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ

### (57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування катаракти включає факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталика. Спочатку після відсепаровки кон'юнктивального клаптя і введення вискоеластиків через порт, виконують у верхньо-зовнішньому квадранті розріз склери в 4,0-4,5 мм від лімба, формують в шарах ціліарного тіла отвір діаметром до 1 мм, через який видаляють частину скловидного тіла, після чого виконують факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталика, на склеральний розріз накладають вузловий шов і неперервний шов на кон'юнктиву.

UA 80762 U



Корисна модель належить до хірургії, а саме до офтальмології, і може бути використана для хірургічного лікування катаракти з синдромом мілкої передньої камери.

Відомий спосіб хірургічного лікування катаракти в поєднанні з закрито-кутовою стадією фактоморфічної глаукоми, який включає виконання факоемульсифікації (ФЕК) з імплантацією штучного кришталіка, механічне видалення гоніосінехій, вискоканалостомію. [Український науково-медичний молодіжний журнал. - 2008. - № 3. - С. 181-182. Актуальні питання медичної науки та практики: зб. наук, праць (Запоріжжя). - 2009. - Вип. 75. Книга 2. -С. 91-95].

Недоліком цього способу є післяопераційні ускладнення у вигляді ексудативної реакції, мікрогіфеми, порушення цілісності ендотеліальних клітин рогівки через мілку передню камеру ока для безпеки проведення операції.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування катаракти, який за рахунок попереднього поглиблення передньої камери ока полегшував виконання маніпуляцій, пов'язаних з відсутністю достатнього простору для введення інструментів в передню камеру, що ведуть до негативного впливу на ендотелій рогівки, забезпечував би зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування катаракти, який включає факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталіка, згідно з корисною моделлю, спочатку після відсепаровки кон'юнктивального клаптя і введення вискоеластиків через порт, виконують у верхньо-зовнішньому квадранті розріз склери в 4,0-4,5 мм від лімба, формують в шарах ціліарного тіла отвір діаметром до 1 мм, через який видаляють частину скловидного тіла, після чого виконують факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталіка, на склеральний розріз накладають вузловий шов і неперервний шов на кон'юнктиву.

Виконання у верхньо-зовнішньому квадранті розрізу склери в 4,0-4,5 мм від лімба, формування в шарах ціліарного тіла отвору діаметром до 1 мм, через який видаляють частину скловидного тіла, після чого виконують факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталіка, що дозволяє поглибити передню камеру ока, полегшити виконання маніпуляцій і сприяє тим самим зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення вибрані за результатами клінічних досліджень 11 хворих.

Спосіб виконують наступним чином. Хворому проводять субтенозову анестезію. Після відсепаровки кон'юнктивального клаптя і введення вискоеластиків через порт в рогівці, виконують розріз в верхньо-зовнішньому квадранті в 4,0 мм від лімба, і в шарах ціліарного тіла формують отвір діаметром до 1 мм, через який виконують видалення частини скловидного тіла, що призводить до поглиблення передньої камери, достатнього для виконання факоемульсифікації з імплантацією штучного кришталіка. На розріз склери накладають вузловий шов, неперервний шов на кон'юнктиву. Накладають асептичну монокулярну пов'язку.

Приклад. Пацієнтка Ш., 61 рік, історія хвороби №11820.

Діагноз: ускладнена катаракта з синдромом мілкої передньої камери на лівому оці. Проведена операція за запропонованим способом: комбінована операція факоемульсифікація з задньою мікровітректомією при синдромі мілкої передньої камери. Проведена субтенозова анестезія. Після відсепаровки кон'юнктивального клаптя і введення вискоеластиків через порт в рогівці, виконано розріз в верхньо-зовнішньому квадранті в 4,5 мм від лімба, і в шарах ціліарного тіла сформовано отвір діаметром 0,9 мм, через який видалена частина скловидного тіла, що призвело до поглиблення передньої камери, після чого виконана ФЕК, імплантовано штучний кришталік моделі B2AW00 (Німеччина). На склеральний розріз наклали вузловий шов, неперервний шов на кон'юнктиву. Накладено асептичну монокулярну пов'язку.

Операція і післяопераційний період протікали без ускладнень.

За запропонованим способом проліковано 11 хворих. У всіх них не було післяопераційних ускладнень у вигляді: гіфеми, ексудативних реакцій, набряку рогівки. В той же час, при лікуванні 11 хворих за способом-аналогом, спостерігались в післяопераційному періоді мікрогіфеми (2 пацієнта), нетривале підвищення ВОТ (3 пацієнта), набряк рогівки (1 пацієнт), що пов'язано з механічним впливом на структури переднього відрізка при синдромі мілкої передньої камери. Можна допустити порушення цілісності ендотеліальних клітин рогівки (дослідження не проводились).

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

## ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб хірургічного лікування катаракти, який включає факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталіка, який **відрізняється** тим, що спочатку після відсепаровки кон'юнктивального клаптя і введення вискоеластиків через порт, виконують у верхньо-зовнішньому квадранті розріз склери в 4,0-4,5 мм від лімба, формують в шарах ціліарного тіла отвір діаметром до 1 мм, через який видаляють частину скловидного тіла, після чого виконують факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталіка, на склеральний розріз накладають
- 10 вузловий шов і неперервний шов на кон'юнктиву.

---

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601