



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63205 (13) U  
(51) МПК  
A61F 9/007 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ТРАНСЦИЛІАРНОЇ ЗАКРИТОЇ ІРИДОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ КРИШТАЛИКА, РАЙДУЖКИ ТА СКЛИСТОГО ТІЛА**

1

2

(21) u201108212

(22) 30.06.2011

(24) 26.09.2011

(46) 26.09.2011, Бюл.№ 18, 2011 р.

(72) ЧУДНЯВЦЕВА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ ІМ. В.П. ФІЛАТОВА"

(57) Спосіб транциліарної закритої іридопластики у хворих з посттравматичною патологією кришталика, райдужки та склистого тіла, що полягає в проведенні транциліарного втручання на кришталику і склистому тілі, який **відрізняється** тим, що закриту іридопластику виконують крізь розтин склери, виконаний при проведенні вітректомії.

Корисна модель належить до медицини, конкретно до офтальмології, і може бути використана для усунення пошкоджень райдужки у хворих з посттравматичною патологією кришталика, райдужки та склистого тіла.

Сьогодні хворим, яким необхідно провести іридопластику і транциліарне втручання, проводять дві операції. Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб транциліарної вітректомії при патології кришталика та склистого тіла (Forlini С. Pole to surgery in trauma case, матеріали 11 з'їзду офтальмологів України, 16-19 травня 2006 р. - Одеса, Україна. - С. 138-139), за яким усунення пошкоджень райдужки виконують крізь додатковий склеро-рогівковий розтин.

Недоліки прототипу:

1. Необхідність додаткового розтину структур переднього відділу ока, що підвищує травматичність оперативного втручання за рахунок травмування рогівки і загрозу розвитку операційних і післяопераційних ускладнень, таких як набряк і дистрофія рогівки, крововилив в передню камеру, посилення запальної реакції ока.

2. Підвищення тривалості операційного втручання і знаходження хворого на операційному столі під впливом анестезуючих препаратів.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу транциліарної вітректомії шляхом проникнення у передню камеру ока крізь вже виконаний, при проведенні операції вітректомії, склеральний розтин, за рахунок чого з'являється можливість провести оперативне втручання на райдужці одномоментно з вітректомією без виконання додаткового розтину структур переднього

відділу ока, що дозволяє виключити необхідність здійснення повторного операційного втручання для проведення закритої іридопластики, підвищити ефективність операції та запобігти розвитку додаткових операційних та постопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі транциліарної вітректомії, що полягає у транциліарному втручанні на кришталику і склистому тілі, згідно з корисною моделлю, закриту іридопластику виконують крізь розтин склери, виконаний при проведенні вітректомії - проводять шов поліпропілен 10/0 крізь периферію рогівки і краї дефекту райдужки, крізь розтин склери, склисте тіло і зіницю вводять мікрогачок в передню камеру, захоплюють вільний кінець шва і виводять на поверхню склери крізь склеральний розтин, знову мікрогачок проводять крізь той же самий склеральний розтин до передньої камери, захоплюють другий кінець шва і виводять в той же склеральний розтин неповністю, а у вигляді петлі і зав'язують три рази, стягуючи краї дефекту райдужки, крізь склеральний розріз тим же шляхом вводять цангові ножиці, за допомогою яких відрізають кінці шва.

Причинно-наслідкові зв'язки.

1. Виконання закритої іридопластики транциліарним шляхом одномоментно з транциліарною вітректомією дозволяє знизити травматичність операційного втручання за рахунок виключення додаткового склеро-рогівкового розтину.

2. Запропонований спосіб сприяє запобіганню розвитку операційних та постопераційних ускладнень - набряк і дистрофія рогівки, крововилив у передню камеру, посилення запальної реакції ока.

(19) UA (11) 63205 (13) U

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

Опис способу.

Операційне поле обробляють 0,5 % розчином хлоргексидину. Місцева анестезія 2 % розчином лідокаїну. Розтини кон'юнктиви і склери в 3 мм від лімбу на 10 і 2 год., та у нижньо-темпоральному квадранті ока, в який вводять і фіксують швом полігліколід 7/0 іригаційну канюлю. Через два інших розтини склери вводять в склисте тіло освітлювач і вітреотом, проводять необхідне втручання на кришталику і склистому тілі. На один розтин накладають шви - полігліколід 7/0, використовуючи другий розріз, виконують закрити іридопластику: крізь периферію рогівки і краї дефекту райдужки проводять шов поліпропілен 10/0, при цьому обидва кінці шва знаходяться на поверхні рогівки. Крізь розтин склери, склисте тіло і зіницю прово-

дять мікрогачок в передню камеру, захоплюють вільний кінець шва і виводять на поверхню склери крізь склеральний розріз. Мікрогачок знову проводять крізь той же самий склеральний розтин до передньої камери, захоплюють другий кінець шва і виводять в той же склеральний розтин неповністю, а у вигляді петлі, і зав'язують три рази, стягуючи краї дефекту райдужки, після чого крізь склеральний розтин вводять цангові ножиці, за допомогою яких відрізають кінці шва.

Накладають шви - полігліколід 7/0 на краї склерального розрізу. Видаляють іригаційну канюлю і накладають шви на склеру і кон'юнктиву полігліколід 7/0.

Під кон'юнктиву вводять 0,5 мл зінацефу і 0,5 мл дексаметазону. Накладають монокулярну пов'язку.