



УКРАЇНА

(19) UA (11) 27291 (13) U
(51) МПК (2006)
A61F 9/007

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ УСУНЕННЯ ІРИДОДІАЛІЗУ

1

2

(21) u200706505

(22) 11.06.2007

(24) 25.10.2007

(72) ЧУДНЯВЦЕВА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА,
UA, ЧУДНЯВЦЕВ СЕРГІЙ ЄВГЕНОВИЧ, UA

(73) ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИНОЇ
ТЕРАПІЇ ІМЕНІ В.П. ФІЛАТОВА, UA

(56)

(57) Спосіб усунення іридодіалізу, що включає виконання проколу лімба без відкриття передньої камери, який відрізняється тим, що виконують

лімбичний тунельний прокол за допомогою ін'єкційної голки, вводять в передню камеру мікрогачок, підтягують і виводять в отвір корінь райдужки, накладають шов - нейлон 10/0 і фіксують його вузлом, занурюють в передню камеру, через отвір вводять голку і проводять її через глибокі шари склери на поверхню на відстані 1 мм від лімба, підтягують корінь райдужки на рівень лімба і фіксують шов на поверхневих шарах склери.

Корисна модель належить до медицини і може застосовуватись у хірургії ока.

Сьогодні проблема усунення іридодіалізу вирішується за А.С. №1718912 М. Хайдар, за яким виконують усунення іридодіалізу за закритою методикою без відкриття передньої камери з виконанням проколу лімба. Однак цей спосіб має недоліки:

1. Прокол голкою рогівки веде до її травматизації внаслідок чого може виникнути набряк і помутніння рогівки.

2. Прикріплення райдужки до лімбу змінює фізіологічне положення корня райдужки, що приводить до зрощень його з лімбом і веде до порушень відтоку рідини передньої камери.

3. За рахунок травматичності способу використання його можливе тільки при іридодіалізі малого розміру (накладання тільки одного шва).

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалення способу усунення іридодіалізу шляхом виконання лімбичного тунельного проколу, фіксації корня райдужки, прикріплення його до склери, що забезпечує неушкодження рогівки, і за рахунок цього виникає можливість усунення іридодіалізу великого розміру і значного зменшення травматичності операції.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі усунення іридодіалізу за закритою методикою без відкриття передньої камери з виконанням проколу лімба, стосовно корисної моделі виконують лімбичний тунельний прокол за

допомогою кінця ін'єкційної голки, вводять в передню камеру мікрогачок, підтягують в отвір корінь райдужки, накладають шов - нейлон 10/0 і фіксують його вузлом, занурюють в передню камеру, через отвір, вводять голку і проводять її через глибокі шари склери на поверхню на відстані 1 мм від лімба, підтягують корінь райдужки на рівень лімба і фіксують шов на поверхневих шарах склери.

Причинно-наслідкові зв'язки:

1. Виконання лімбичного тунельного проколу дозволяє проникнути в передню камеру.

2. Підтягування кореня райдужки до рівня лімба дає можливість відновити фізіологічне розташування райдужки.

3. Фіксування кореня райдужки до склери на відстані 1 мм від лімбу дозволяє стабілізувати фізіологічне положення райдужки.

Хворий М-о, 37 років, № історії хвороби 126311.

Діагноз: контузія очного яблука, іридодіаліз, травматична дислокована катаракта лівого ока.

Операція: ленсектомія з усуненням іридодіалізу на лівому оці. Операційне поле оброблено 0,5% розчином хлогексидіна. Акінезія та ретробульбарна анестезія 2% розчином лідокаїну. Накладений цугільнатний шов на верхній прямиий м'яз. Розріз кон'юнктиви біля лімба в меридіані 12, 2 і 4 годин. Послідовно в меридіанах 2 і 4 годин зроблений лімбичний тунельний прокол кінцем ін'єкційної голки, через отвір в передню камеру введено мікрогачок, яким

(19) UA (11) 27291 (13) U

захоплено корінь райдужки, його підтягнуто в отвір, накладено шов - нейлон 10/0 і зав'язано вузлом. Занурено корінь райдужки в передню камеру, голку шва введено через отвір і проведено через глибокі шари склери на її поверхню на відстані 1мм від лімба. Корінь райдужки підтягнуто до рівня лімба і шов фіксовано до поверхневих шарів склери. В зв'язку з тим, що у хворого була дислокована катаракта, після відновлення правильного положення райдужки одночасно була видалена катаракта. В меридіані 12 годин виконано тунельний склеро-рогівковий розріз 3мм, введено до передньої камери вітреоотом, за допомогою якого проведено ленсектомію дислокованого кришталика. На розріз накладено два шва - нейлон 10/0 та шви на кон'юнктиву. Під кон'юнктиву введено 0,5мл зінацефу і 0,5мл дексаметазону. Монокулярна пов'язка.

Після операції на момент виписки з стаціонара у хворого гострота зору 0,7 з корекцією sph. +11,0D. Положення райдужки правильне, зіниця 4мм, рефлекс з очного дна рожевий.

За допомогою розробленого способу усунення іридодіалізу прооперовано 12 хворих з контузією ока, яка супроводжувалась пошкодженням райдужки і кришталика. Гострота зору хворих до операції була низькою: від відчуття світла з правильною проекцією до 0,04. У всіх випадках було відновлено правильне положення райдужки і одночасно був видалений пошкоджений кришталик. У 9 хворих була імплантована інтраокулярна лінза. Незважаючи на те, що розмір іридодіалізу був великий: у 8 хворих до 1/4 окружності, у 4 хворих - до 1/2 окружності, розмір операційного розрізу був малий: від 2 до 4 мікропроколів ін'єкційною голкою. Операція і післяопераційний період у всіх хворих пройшли без ускладнень. Гострота зору після операції відновилась до 0,7-1,0 у 7 хворих, до 0,4-0,6 - у 5 хворих.