



УКРАЇНА

(19) UA (11) 26145 (13) U
(51) МПК (2006)
A61F 9/007МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ КУКСИ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНУКЛЕАЦІЇ ОЧНОГО ЯБЛУКА

1

2

(21) u200703333

(22) 28.03.2007

(24) 10.09.2007

(46) 10.09.2007, Бюл. № 14, 2007 р.

(72) Малецький Анатолій Парфентієвич, Чеботарьов Євген Петрович

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

(57) Спосіб формування опорно-рухової кукси у хворих після енуклеації очного яблука, що включає

радіальний розріз кон'юнктиви уздовж лімба, відокремлювання кон'юнктиви від оточуючих тканин, прошивання та відсікання від склери прямих екстрабульбарних м'язів, невректомію, видалення очного яблука, імплантацію в порожнину орбіти гомохряща, який **відрізняється** тим, що перед імплантацією гомохрящ обгортають консервованою твердою мозковою оболонкою.

Корисна модель належить до медицини, конкретно до офтальмології й може бути використана для профілактики енофтальму й поліпшення якості протезування у хворих після енуклеації очного яблука.

У даний час в офтальмології для формування опорно-рухової кукси використовуються різні матеріали, такі як гомотканина (хрящова тканина, дерма з жировою клітковиною й ліофілізований ембріональний трансплантат із зовнішньої оболонки ока (роговиці й склери) [Н.Н. Грачев «Глазное протезирование и пластическая хирургия в области орбиты». -М.: 1987] так і неорганічні й синтетичні матеріали: корали [Shields C.L, Shields J.A, De Potter P. Arch. Ophthalmol., 1992, - Vol 110 №3], силікон, покритий лавсановою сіткою, корундова кераміка, поліакріламідний гель (ПААГ), тефлон, ліофілізований гідрогель (з поліоксиметилметакрилата), імплантати на основі алюмооксидної пінокераміки й синтетичного нанокристалічного гідроксіапатита. [Л.В. Шиф, Е.И. Ковалевский, Ю.С. Друянова «Имплантат для формирования культи после энуклеации - Вестник офтальмологии 1976, №1], однак спільним недоліком гомотканини є здатність до часткової, а іноді її повної резорбції. Що стосується експлантатів, то їхнім недоліком є небезпека до відторгнення [Р.А Гундорова, А.А. Малаев, А.М. Южаков «Травми ока» Медицина. -М.: 1986].

Аналіз робіт, присвячених даній проблемі, свідчить про те, що найбільш широке застосування в сучасній офтальмохірургії знайшов, все-таки, кон-

сервований гомохрящ. Його достоїнствами є сумісність із тканинами, простота в приготуванні й консервації, його задовільні пластичні властивості, він має низьку антигенну активність. Недоліком матеріалу є його схильність до резорбції. [Р.А. Гундорова, Г.А. Петропавловская «Проникающие ранения и контузии глаза» Медицина. -М.: 1975].

Велике значення для симетричного положення протеза і його рухливості має положення у фронтальній площині передньої поверхні кукси. Розміщення гомохряща в порожнині орбіти не завжди забезпечує необхідне положення передньої поверхні кукси через те, що після перенесеної травми, запального процесу, субатрофії очного яблука іноді виникає порушення співвідношення між місцем орбіти і її об'ємом. Крім того, після перенесеного запального процесу, гематоми або внаслідок зсуву кісткових стінок орбіти ретробульбарна клітковина частково розсмоктується. Все це приводить до розвитку енофтальму, а, отже, і енофтальму кукси [Р.А. Гундорова, А.А. Малаев, А.М. Южаков «Травми ока» Медицина. -М.: 1986].

Найбільш близьким до запропонованого нами способу є спосіб формування опорно-рухової кукси після енуклеації очного яблука [В.В. Плешков, В.Г. Федотов, 1981]. Спосіб полягає у видаленні очного яблука, імплантації консервованого гомохряща в порожнину орбіти.

Однак, описаний спосіб лікування дозволяє домогтися заповнення об'єму очного яблука й необхідної рухливості опорно-рухової кукси, але не дозволяє захистити гомохрящ від резорбції та

(19) UA (11) 26145 (13) U

розвитку енофтальму кукси і протезу надалі.

Завданням корисної моделі є досягнення можливості кращого косметичного ефекту у хворих після енуклеації очного яблука.

Внесені в пропонований об'єкт зміни полягають у тім, що гомохрящ перед імплантацією в порожнину орбіти обгортається консервованою твердою мозковою оболонкою.

Технічний результат, що може бути отриманий при здійсненні корисної моделі, полягає в одержанні можливості захисту гомохряща від резорбції

і розвитку енофтальму кукси і протезу надалі.

Поставлене завдання вирішується тим, що даний спосіб формування опорно-рухової кукси передбачає обгортання гомохряща перед імплантацією консервованою твердою мозковою оболонкою, що дозволяє захистити гомохрящ від резорбції й, тим самим, зменшити ризик розвитку енофтальму кукси і протезу надалі.

Практична реалізація цього способу можлива в умовах операційної.

Причинно-наслідкові зв'язки:

Причина	Наслідок
При формуванні опорно-рухової кукси, після видалення очного яблука гомохрящ перед імплантацією в порожнину орбіти обгортається консервованою твердою мозковою оболонкою	Що дозволяє захистити гомохрящ від резорбції й, тим самим, зменшити ризик розвитку енофтальму кукси і протезу надалі

Перевага розробленого способу лікування полягає в досягненні можливості лікування хворих при формуванні опорно-рухової кукси після енуклеації очного яблука.

Таким чином, як видно із проведеного аналізу, кінцева мета корисної моделі забезпечується сукупністю істотних відмітних ознак.

Опис пропонованого нами способу: Енуклеація очного яблука з формуванням опорно-рухової кукси шляхом імплантації консервованого гомохряща, покритого консервованою мозковою оболонкою, в порожнину орбіти. Операційне поле обробляється 2-х% р-м брильянтового зеленого, накладається повікорозширювач. Під кон'юнктиву шприцем вводиться 5,0мл фізіологічного розчину. Проводиться радіальний розріз кон'юнктиви уздовж лімба на всьому його протязі. Кон'юнктива відокремлюється від оточуючих тканин. Виділяються, прошиваються кетгуттовими швами прямі екстрабульбарні м'язи, відсікаються від склери.

Проводиться невректомія. Очне яблуко віддаляється. Проводиться гемостаз марлевым тампоном. У порожнину орбіти поміщається гомохрящ, покритий консервованою твердою мозковою оболонкою, фіксується до прямих екстрабульбарних м'язів.

Після видалення тампона, гомохрящ, покритий консервованою твердою мозковою оболонкою, поринає в орбіту. Накладаються кетгуттові шви на тенонову капсулу й шовкові шви на кон'юнктиву. Накладається монокулярна пов'язка, що давить.

Клінічні випробування проводилися у відділенні мікрохірургічного лікування онкологічних захворювань ока Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України.

Таким чином, проведене лікування дозволило поліпшити косметичний ефект у хворих після енуклеації очного яблука.

Усього під спостереженням перебувало 60 пацієнтів.