



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **11683** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61F 9/007

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ КУКСИ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕВІСЦЕРАЦІЇ ОЧНОГО ЯБЛУКА З ПРИВОДУ ТРАВМ І В'ЯЛОПЕРЕБІГАЮЧИХ УВЕЇТІВ

1

2

(21) u200504291

(22) 05.05.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Малецький Анатолій Парфентійович, Чеботарьов Євген Петрович

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

(57) Спосіб формування опорно-рухової кукси у хворих після евісцерації очного яблука з приводу

травм і в'ялоперебігаючих увеїтів, що включає радіальний розріз склери уздовж лімба, видалення рогівки й оболонок очного яблука, невректомію, розміщення в склеральній капсулі імплантата та зшивання тенової капсули та кон'юнктиви, який **відрізняється** тим, що перед імплантацією склеральна капсула вивертається внутрішньою поверхнею заднього полюса склери вперед.

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до офтальмології й може бути використана для лікування енофтальму й поліпшення якості протезування у хворих після евісцерації із приводу травм і в'ялоперебігаючих увеїтів.

У цей 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 Poter P. Arch. Ophthalmol., 1992, - Vol 110 No 3], силікон покритий лавсановою сіткою, корундова кераміка, поліакріламідний гель (ПААГ), тефлон, ліофілізований гідрогель (з поліоксиметилметакрилата), імплантати на основі алюмооксидної пінокераміки й синтетичного нанокристалічного гідроксиапатиту. [Л.В.Шиф, Е.И.Ковалевский, Ю.С.Друянова «Имплантат для формирования куксы 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 готуванні 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;].

З метою зменшення ризику резорбції гомохряща автори пропонують поміщати його в склеральну капсулу ока після евісцерації.

Велике значення для симетричного положення протеза і його рухливості має положення у фронтальній площині передньої поверхні кукси. Розміщення гомохряща в склеральній капсулі не завжди забезпечує необхідне положення передньої поверхні кукси через те, що після перенесеної травми, запального процесу, субатрофії очного яблука іноді виникає порушення співвідношення між вмістом 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 евісцерації із приводу травм і в'ялоперебігаючих увеїтів [Н.Н.Грачев 1987]. Спосіб полягає у видаленні оболонок очного яблука, викроюванні трикутного шматка склери біля диска зорового

(13) U

(11) 11683

(19) UA

нерва, з наступної невректомією зорового нерва, імплантацією консервованого гомохряща в склеральний мішок.

Однак, описаний спосіб лікування дозволяє домогтися заповнення об'єму очного яблука й необхідної рухливості опорно-рухової кукси, але не дозволяє досягти оптимальної репозиції опорно-рухової кукси вперед.

Завданням корисної моделі є досягнення можливості кращого косметичного ефекту у хворих після евісцерації із приводу травм і в'ялоперебігаючих увеїтів.

Внесені в пропонований об'єкт зміни полягають у тім, що склеральний мішок після видалення оболонок ока перед імплантацією вивертається

внутрішньою поверхнею заднього полюсу склери вперед.

Технічний результат, що може бути отриманий при здійсненні винаходу, полягає в одержанні можливості поліпшення репозиції опорно-рухової кукси вперед.

Поставлене завдання вирішується тим, що даний спосіб формування опорно-рухової кукси передбачає вивертання склерального мішка внутрішньою поверхнею заднього полюсу склери вперед, що дозволяє змістити передній полюс опорно-рухової кукси вперед й, тим самим, зменшити ризик розвитку енофтальму протеза надалі.

Практична реалізація цього способу можлива в умовах операційної.

Причинно-наслідкові зв'язки:

Причина	Наслідок
При формуванні опорно-рухової кукси, після видалення оболонок очного яблука й невректомії зорового нерва, склеральна капсула вивертається внутрішньою поверхнею заднього полюсу склери вперед.	Що дозволяє змістити передній полюс опорно-рухової кукси вперед й зменшити ризик виникнення енофтальму протеза надалі.

Перевага розробленого способу лікування полягає в досягненні можливості лікування хворих при формуванні опорно-рухової кукси після евісцерації очного яблука із приводу травм і в'ялоперебігаючих увеїтів.

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

Опис пропонованого нами способу: Евісцерація з формуванням опорно-рухової кукси шляхом імплантації консервованого гомохряща в склеральний мішок. Операційне поле обробляється 2-х % р-м брильянтового зеленого, накладається повікорозширювач. Під кон'юнктиву шприцом вводиться 5,0 мл фізіологічного розчину. Проводиться радіальний розріз кон'юнктиви уздовж лімба на всьому його протязі. Кон'юнктива відокремлюється від оточуючих тканин. Проводиться прокол склери на відстані 2-х мм від лімба, ножицями Сизо радіальний розріз склери уздовж лімба, роговиця віддаляється. Евісцераційною ложкою проводиться ви-

далення оболонок очного яблука. Ножицями Купера провадиться невректомія зорового нерва. Виконується гемостаз шляхом введення марлевого тампона у вершину орбіти. Склеральна капсула вивертається внутрішньою поверхнею заднього полюсу склери вперед. У склеральну капсулу вводиться консервований гомохрящ необхідного розміру, підшивається кетгуттовими швами до склери. Після видалення тампона, поринає в орбіту. Накладаються кетгуттові шви на тенонову капсулу й шовкові шви на кон'юнктиву. Накладається монокулярна пов'язка, що давить.

Клінічні випробування провадилися у відділенні офтальмоонкології Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України

Таким чином, проведене лікування дозволило поліпшити косметичний ефект у хворих після евісцерації очного яблука із приводу травм і в'ялоперебігаючих увеїтів.

Усього під спостереженням перебувало 10 пацієнтів.