



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **106972** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2015 12241</p> <p>(22) Дата подання заявки: 10.12.2015</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.05.2016</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.05.2016, Бюл.№ 9</p>	<p>(72) Винахідник(и): Асланова Вероніка (UA), Красновід Тетяна Андріївна (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ ІМ. В.П. ФІЛАНОВА НАМН УКРАЇНИ", Французький б-р, 49/51, м. Одеса, 65061 (UA)</p>
---	---

(54) СПОСІБ МАЛОІНВАЗИВНОЇ ОДНОМОМЕНТНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ СУБМАКУЛЯРНОМУ КРОВОВИЛИВІ ТА МАКУЛЯРНІЙ ДІРЦІ, ЯКІ СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ У ХВОРОГО В ОДНОМУ І ТОМУ Ж ОЦІ

(57) Реферат:

Спосіб малоінвазивної хірургії при субмакулярному крововиливі та макулярній дірці, які спостерігаються у хворого в одному і тому ж оці, за яким здійснюють загальноприйнятну передопераційну підготовку хворого (за дві години до втручання і безпосередньо перед ним виконують інстиляції антибактеріального препарату широкого спектра дії, обробку операційного поля, місцеву інстиляційну анестезію і пальцевий масаж очного яблука з метою зниження внутрішньоочного тиску), встановлюють повікорозширювач, очне яблуко фіксують пінцетом. У верхньо-темпоральному квадранті в 3,5-4 мм від лімба здійснюють зрушення кон'юнктиви таким чином, щоб при проколі стінки очного яблука дефекти в кон'юнктиві і склері не співпадали один з одним, виконують пошарову penetрацію склери в тангенціальному напрямі, голку інсулінового шприца спрямовують в радіальному напрямі на усю товщину склери, напрямок введення голки не змінюють. Після візуалізації голки, що введена на глибину до 1см, в порожнину склоподібного тіла вводять 0,6-0,7 мл 100 % перфлюоропропану, виконують офтальмоскопічний контроль судин сітківки.

UA 106972 U

Корисна модель належить до медицини, конкретно до офтальмології, і може бути використана під час лікування хворих з субмакулярними крововиливами і макулярними розривами при їх наявності в одному і тому ж оці.

Проблема лікування хворих з субмакулярними крововиливами (СМК) і макулярними розривами (МР), що є причиною різкого зниження центрального зору, аж до його безповоротної втрати, продовжує залишатися актуальною [Асланова В.С, Красновид Т.А. Субмакулярні крововиливи (клініка, діагностика, лікування). Монографія. Одеса: Астропринт, 010.- 176с; Героев В.В., Гундорова Р.А., Горобина М.В., Андреев А.А. Досвід лікування посттравматичних макулярних розривів Російський Офтальмологічний журнал, 2009, №1]. Застосування сучасних технологій вітреоретинальних втручань (ВРВ) дозволяє в значному відсотку випадків отримати позитивні результати, як при СМК, так і при МР. Проте, виконання ВРВ, що вимагають використання дорогого устаткування, зв'язане з ризиком розвитку у ряді випадків серйозних інтра- і післяопераційних ускладнень, як при СМК, так і при МР [Героев В.В., Гундорова Р.А., Горобина М.В., Андреев А.А. Досвід лікування посттравматичних макулярних розривів Російський Офтальмологічний журнал, 2009, №1]. Крім того необхідно відмітити, що наявні в літературі відомості торкаються лікування кожної з вказаних патологій окремо. Авторами в доступних джерелах інформації не знайдено опису способу, схожого на запропонований спосіб.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу хірургічного лікування макулярного розриву і субмакулярного крововиливу на одному і тому ж оці шляхом застосування малоінвазивної хірургії, за рахунок чого стає можливим одномоментне повне зміщення СМК з області макули і закриття МР, що дозволяє уникнути інтраопераційних ускладнень, можливих при інтравітреальних маніпуляціях при проведенні вітректомії та значно зменшити термін реабілітації хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі малоінвазивної одномоментної хірургії при субмакулярному крововиливі та макулярній дірці, які спостерігаються у хворого в одному і тому ж оці, згідно з корисною моделлю, здійснюють загальноприйнятну передопераційну підготовку хворого (за дві години до втручання і безпосередньо перед ним виконують інстиляції антибактеріального препарату широкого спектра дії, обробку операційного поля, місцеву інстиляційну анестезію і пальцевий масаж очного яблука з метою зниження внутрішньоочного тиску), встановлюють повікорозширювач, очне яблуко фіксують пінцетом, у верхньо-темпоральному квадранті в 3,5- 4 мм від лімба здійснюють переміщення кон'юнктиви таким чином, щоб при проколі стінки очного яблука дефекти в кон'юнктиві і склері не співпадали один з одним, виконують пошарову penetрацію склери в тангенціальному напрямі, голку інсулінового шприца (27 або 30 gauge) спрямовують в радіальному напрямі на усю товщину склери, напрямок введення голки не змінюють, після візуалізації голки, що введена на глибину до 1см, в порожнину склоподібного тіла вводять 0,8-0,9 мл 100 % перфлюоропропану (С3F8), виконують офтальмоскопічний контроль судин сітківки, у разі відсутності прохідності судин сітківки виконується парацентез, після здійсненого втручання хворому рекомендують дотримуватися похилого наперед положення голови під кутом 45° упродовж 1-3 днів, і здійснюють контроль за положенням і об'ємом газового пухиря в склоподібному тілі.

Причинно-наслідкові зв'язки:

- інтравітреальне введення 0,8-0,9 мл С3 F8 - за рахунок цього стає можливим одномоментне повне зміщення СМК з області макули і закриття МР, що дозволяє уникнути інтраопераційних ускладнень, можливих при інтравітреальних маніпуляціях при проведенні вітректомії та значно зменшити термін реабілітації хворих.

Опис запропонованого способу

Запропонований спосіб було використано у ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України». Випадок №1. Б-ная С, 25-ти років (и.б. № 506118), звернулася у відділ посттравматичної патології ока інституту ім. акад.В. П. Філатова 27.04. 2009 року з діагнозом: Контузія лівого очного яблука. Субмакулярний крововилив. Макулярний розрив. Розрив судинної оболонки. Офтальмогіпертензія. У анамнезі удар по лівому оку 31.03. 2009 пробкою, що «вистрілила», при відкриванні пляшки з шампанським. При надходженні до стаціонару гострота зору лівого ока - 0,01 не коригована. При офтальмоскопії субмакулярний крововилив, МР, підтверджені результатами дослідження - оптичної комп'ютерної томографії (ОКТ), розрив судинної оболонки. Тракції склоподібного тіла, а також периферичні розриви сітківки відсутні. Внутрішньоочний тиск 18 мм. рт. ст. по Маклакову (під 0,5 % арутимолом 2 рази в день).

На правому оці - міопія слабого ступеня. Гострота зору правого ока 0,3 з корр.-1, 0=0,8. Заломлюючі середовища і очне дно без видимих патологічних змін. Внутрішньоочний тиск 18

мм. рт. ст. по Маклакову. 29.04.09 під епібульбарною інстиляційною анестезією 0,5 % розчином алкаїну за розробленою нами методикою зроблено інтравітреальне введення 0,6 мл СЗ F8.

При огляді наступного дня око спокійне, у вітреальній порожнині 45-50 % газу. При офтальмоскопії відмічено майже повне зміщення крововиливу з області макули з підвищенням гостроти зору до 0,12.

Неповне відновлення зору обумовлене наявністю центрально розташованого розриву судинної оболонки. При виписці око спокійне. Випадок № 2. Хворий Ш - до, 25 років (історія хвороби №548076), був прийнятий на лікування у відділ вітреоретинальної і лазерної хірургії інституту ім. акад. В. П. Філатова 31.01.12 року з діагнозом: Контузія очного яблука з розривом склери. Макулярний розрив. Субмакулярний крововилив. У анамнезі удар по оку гачком багажної сумки. За місцем проживання наступного дня після травми була здійснена первинна хірургічна обробка розриву склери. Гострота зору при вступі - 0,1 не кор. Офтальмоскопічно: макулярний розрив, субмакулярний крововилив. Тракції склоподібного тіла, а також периферичні розриви сітківки відсутні. Під епібульбарною інстиляційною анестезією 0,5 % розчином алкаїну за запропонованою нами методикою зроблено інтравітреальне введення 0,8-0,9 мл СЗ F8. При огляді наступного дня око спокійне, у вітреальній порожнині 45-50 % газу і в день виписки крововилив з макулярної області майже повністю змістився донизу від макули.

При контрольному огляді через 2 місяці в обох випадках спостерігається закриття МР. У зміщеному донизу та у бік від макули згустку крововиливу спостерігаються депозити фібрину. Гострота зору підвищилася до 0,17 в першому і до 0,7 в другому випадку. При огляді через 6 місяців гострота зору підвищилася до 0,17 в першому і до 0,85-1,0, на ОКТ зберігається повне закриття МР. При огляді через 12 місяців спостерігаються стабільні анатомо-функціональні результати. На ОКТ МР закритий. Гострота зору - 1,0. Стабільність отриманих результатів зберігається в обох випадках впродовж 4-х і 2-х років спостереження відповідно.

Отримані результати доводять, що запропонована малоінвазивна хірургія у вигляді інтравітреального введення 0,8-0,9 мл СЗ F8, виявилася ефективною як в плані дислокації СМК з області макули, так і в плані закриття МР.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб малоінвазивної хірургії при субмакулярному крововиливі та макулярній дірці, які спостерігаються у хворого в одному і тому ж оці, за яким здійснюють загальноприйнятну передопераційну підготовку хворого (за дві години до втручання і безпосередньо перед ним виконують інстиляції антибактеріального препарату широкого спектра дії, обробку операційного поля, місцеву інстиляційну анестезію і пальцевий масаж очного яблука з метою зниження внутрішньоочного тиску), встановлюють повікорозширювач, очне яблуко фіксують пінцетом, у верхньо-темпоральному квадранті в 3,5-4 мм від лімба здійснюють зрушення кон'юнктиви таким чином, щоб при проколі стінки очного яблука дефекти в кон'юнктиві і склері не співпадали один з одним, виконують пошарову penetрацію склери в тангенціальному напрямі, голку інсулінового шприца (27 або 30 gauge) спрямовують в радіальному напрямі на усю товщину склери, напрямком введення голки не змінюють, після візуалізації голки, що введена на глибину до 1см, в порожнину склоподібного тіла вводять 0,6-0,7 мл 100 % перфлюоропропану (СЗF8), виконують офтальмоскопічний контроль судин сітківки, у разі відсутності прохідності судин сітківки виконується парацентез, після здійсненого втручання хворому рекомендують дотримуватися похилого наперед положення голови під кутом 45° упродовж 1-3 днів, і здійснюють контроль за положенням і об'ємом газового пухиря в склоподібному тілі.

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

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

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