



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

УКРАЇНА

(19) UA (11) 58932 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61F9/00  
A61F 9/007 (2006.01)

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ

1  
(21) U201012622  
(22) 25.10.2010  
(24) 26.04.2011  
(46) 26.04.2011, Бюл.№ 8, 2011 р.  
(72) БЕЗДІТКО ПАВЛО АНДРІЙОВИЧ, БЕЗКОРОВАЙНА ІРИНА МИКОЛАЇВНА  
(73) БЕЗДІТКО ПАВЛО АНДРІЙОВИЧ, БЕЗКОРОВАЙНА ІРИНА МИКОЛАЇВНА

Запропонований спосіб відноситься до галузі медицини, а саме до офтальмології та може бути використаний при хірургічному лікуванні вторинної неоваскулярної глаукоми.

Відомі способи хірургічного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми: Пат. 2248191 Российская Федерация, МПК А61F9/007, Способ хирургического лечения неоваскулярной глаукомы вторичной глаукомы /Мулдашев Е.Р., Родионов О.В., Корнілаєва М.П., Мусін У .К.- № 2002135551/14; заявлено 26.12.2002; опубл. 20.03.2006; Пат. 2289372 Российская Федерация, МПК А61F9/007, Способ хирургического лечения неоваскулярной глаукомы. Мачехин В. А., Ченчик А. Д.-№ 2004129899/14; заявлено 14.10.2004; опубл. 20.03.2006.

Найбільш близьким до запропонованого способу є спосіб хірургічного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми, що представляє собою операцію аутодренування [А. М. Петруня, М.С. Петруня. Эффективность применения комплексной антиглаукоматозной операции./Офтальмохирургия.- 1994 г.-N 2-е. 17]. Цей спосіб полягає у формуванні та заправленні в фістуну між передньою камерою та супрациліарним простором, склеральних "ніжок".

Однак відомий спосіб має недостатню ступінь ефективності через те, що операційне поле аутодренуючих операцій розташовується в зоні патогенетично зумовленого розповсюдження неоваскуляризації і можливий тік внутрішньоочної рідини посилює це розповсюдження.

В основу корисної моделі поставлене завдання розробити спосіб хірургічного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми шляхом удоскона

2  
(57) Спосіб хірургічного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми, що включає хірургічне лікування, який відрізняється тим, що як хірургічне лікування проводять бар'єрну іридоциклоретракцію в чотирьох квадрантах між прямими м'язами, паралельно лімба.

лення відомого, досягти уникнення внутрішньоочних, крововиливів та склерозуючих післяопераційних процесів, які викликають подальше підвищення внутрішньоочного тиску.

Поставлене завдання вирішують створенням способу бар'єрної іридоциклоретракції, що включає проведення хірургічного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми, яке відрізняється тим, що для припинення поширення вазопроліферативних факторів із заднього відрізка ока в передній та зниження внутрішньоочного тиску, виконуються іридоциклоретракції в чотирьох квадрантах між прямими м'язами, паралельно лімба.

Запропонований спосіб здійснюють наступним чином: виконуються кругові розрізи довжиною близько 10 мм, та відсепаровують кон'юнктиву від лімба в чотирьох квадрантах очного яблука в 10 - 12 мм від лімба, між місцями прикріплення прямих м'язів. В 10 мм від лімба, паралельно до нього виконують два розрізи склери на 2/3 її товщини на відстані 3 мм один від одного. Навколо розрізів проводять діатермокоагуляцію склери. У основі викроєної полоски проводять наскрізний розріз глибоких шарів склери до судинної оболонки, в який мікрошпателем вправляють полоску з поверхневих шарів склери в напрямку - по окружності очного яблука. Кон'юнктиву ушивають безперервними швами. Епібульбарно проводять інстиляції антибактеріальних препаратів. Приклад: для вивчення ефективності хірургічного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми запропонованим способом, було проведене експериментальне дослідження шляхом оперативного втручання на 10 кролях. Через 3 дні після операції, в зонах її проведення визначаються 4 достатньо високі (від 0,32

до 0,43 мм) фільтраційні подушки, величиною від 2,2 до 3,5 мм на 4,0 - 5,0 мм з помірно розмитими внутрішніми краями. З часом їх висота зменшується до утворення пластичних в терміні 3 міс після операції та їх збереженням при спостереженні до 6 міс після операції (висотою від 0,17 до 0,22 мм) з достатньо чіткими краями. Морфологічні дослідження прооперованих очей показали утворення кругового рубця в зоні задньогіалоїдної мембрани скловидного тіла при переході заднього відрізка ока в передній та наявність циркулярно розташованих субсклеральних -супраувеальних щелевидних каналів шириною від 0,2 до 0,4 мм і довжиною від 0,5 до 0,75 мм, котрі зберігаються при спостереженні до 6 міс після операції. Склера в зоні оперативного втручання фенестрована. Мікропорожини супраувеального каналу кореспондують із склеральним каналом. Товщина циліарного тіла в зоні операції схожа з інтактними зонами.

Запропонована операція проведена на 3-х очах (у 3-х хворих) з вторинною неоваскулярною

глаукомою в закритокутовій стадії при гостроті зору 0 (нуль). Ускладнень операції, раннього чи пізнього післяопераційного періоду не спостерігалося у зв'язку з віддаленістю операційної зони від кута передньої камери. В післяопераційному періоді, зник больовий синдром, при терміні спостереження до 6 місяців, спостерігалось зниження внутрішньоочного тиску в середньому на  $11,7 \pm 1,1$  мм.рт.ст. Через 3-4 місяці після операції відмічалось спадіння новоутворених судин райдужної оболонки.

Запропонований спосіб впливає на патогенетичні механізми вторинної неоваскулярної глаукоми, сприяючи утворенню кругового бар'єрного рубця в зоні задньогіалоїдної мембрани скловидного тіла для проникнення вазопроліферативних факторів із заднього відрізка ока в передній, забезпечує стабільне зниження внутрішньоочного тиску, зниження секреторної функції циліарного тіла. Спосіб дозволяє значно зменшити ризик інтра- та післяопераційних ускладнень.