

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 12325

(13) С1

(46) 2009.08.30

(51) МПК (2006)

А 61F 9/007

(54) СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

(21) Номер заявки: а 20071333

(22) 2007.11.02

(43) 2009.06.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Дравица Людмила Владимировна; Бирюков Федор Иванович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) БИРЮКОВ Ф.И. и др. Современные методы медицинской реабилитации при патологии органа зрения. Материалы межрегиональной научно-практической конференции.- Мозырь, 2001.- С. 18-21.

СЕМИН С.Б. Хирургическое лечение некоторых форм вторичной глаукомы: Автореф. дис.- М., 2002.- С. 9-11.

(57)

1. Способ оперативного лечения вторичной глаукомы, заключающийся в том, что под ретробульбарной анестезией выполняют разрез конъюнктивы, коагуляцию сосудов и тканей в верхнем секторе глазного яблока на 12 часах, осуществляют у бокового края конъюнктивальной раны pars plana склеротомию в 3,5 мм от лимба для факичного глаза без буфтальма с введением ирригационной канюлей сбалансированного солевого раствора, проводят анемизацию наружных слоев склеры в виде равнобедренного треугольника со сторонами 5 мм и основанием 4 мм, обращенным к лимбу, затем отсепаарывают склеральный лоскут на 2/3 толщины склеры, проводят диагностическую глубокую склеротомию идентичным треугольником с локализацией шлеммова канала в пределах конвергирующих от лимба надрезов, удаляют глубокий лоскут склеры в пре- и ретроканальной зоне, рассекают круговую связку за шлеммовым каналом по краям склерэктомии, выполняют ревизию микрошпателем переднего супрацилиарного пространства параллельно шлеммову каналу в обе стороны на 3-5 мм, осуществляют трабекулолизис эндолазерной пробой, анемизируют эндолазерно корень радужки с последующей окутомной базальной иридэктомией pars plana ирригацией при давлении 25-30 мм рт. ст., после чего предварительно адаптируют вершину поверхностного склерального лоскута, вводят в переднюю камеру глаза воздух, извлекают солевой раствор, адаптируют склеральную рану на нормотонусе и ушивают конъюнктиву непрерывным швом.

2. Способ по п. 1, отличающийся тем, что при наличии смешанной ретенции дополнительно перед анемизацией корня радужки осуществляют лигаментэктомию.

ВУ 12325 С1 2009.08.30

Изобретение относится к области медицины, в частности к офтальмологии, и предназначено для хирургического лечения больных с декомпенсированной формой вторичной глаукомы.

Известен способ оперативного лечения вторичной глаукомы, предложенный Ключевой Е.И. [1], согласно которому под ретробульбарной анестезией выполняют разрез конъюнктивы по традиционной методике, производят коагуляцию сосудов и тканей в зоне будущего склерального разреза, в двух миллиметрах от лимба выполняют разрез склеры для обеспечения доступа в супрахориоидальное пространство, через склеральный разрез в переднюю камеру вводят остроконечный копьевидный нож. Далее в разрез в склере вводят обычный шпатель, наконечник которого направляют в сторону, противоположную роговице. Шпатель проводят непосредственно под склерой, в супрахориоидальное пространство, не более чем на 3-4 мм. После выведения микрошпателя из раны в переднюю камеру вводят ирис-пинцет, захватывают радужную оболочку, извлекают в рану и ирис-ножницами проводят меридиональную иридотомию. Одну из ножек радужки поворачивали на склере пигментным листком кверху, после чего конец ее тонким туалетным ирис-пинцетом помещают на шпателе и вводят под склеру, в ранее образованный карман, по окончании вмешательства адаптируют конъюнктиву непрерывным швом.

Однако данная хирургия является далеко не микрохирургической. Листок радужки выводится в супрахориоидальное пространство, таким образом, грубо нарушая анатомическое положение структур глазного яблока. Наличие перерастянутого лимба, истончение склеры не дают возможности во многих случаях предотвратить сращение комплекса конъюнктив, склера, радужка и таким образом предотвратить рецидив гипертензии.

Известен способ оперативного лечения вторичной глаукомы, согласно которому производят отсепаровку высокого конъюнктивального лоскута, выполняют дополнительную анемизацию наружных слоев склеры в верхнем секторе или на 12 часах в виде сторон равнобедренного треугольника основанием к лимбу, равным 5-5-4 мм, с последующей отсепаровкой склерального лоскута на 2/3 толщины, выполняют диагностическую глубокую склеротомию идентичным треугольником 1 : 3 с локализацией шлеммова канала в пределах конвергирующих от лимба надрезов, удаляют глубокий лоскут склеры в пре- и ретроканальной зоне, базальную иридэктомию, рассекают круговую связку за шлеммовым каналом по краям глубокой склерэктомии, выполняют ревизию микрошпателем переднего супрацилиарного пространства параллельно шлеммову каналу в обе стороны от стомы глубокой склерэктомии на 3-5 мм, производят адаптацию склеральной раны на нормотонусе, герметизируют конъюнктивальный лоскут непрерывным швом, под конъюнктиву вводят раствор антибиотика с гормоном [2, 3] - прототип.

Задача, на решение которой направлено предполагаемое изобретение, заключается в разработке способа комбинированного оперативного лечения пациентов с вторичной глаукомой, повышении эффективности диспансеризации глаукомных больных в целях сохранения зрительных функций в более ранних стадиях, предупреждении морфологических деструкций переднего (стафиломы) и заднего отрезков глаза, купирования и редукции буфтальма, сохранении глаза как органа, снижении показателей слепоты и инвалидизации.

Задача решается за счет того, что способ оперативного лечения вторичной глаукомы заключается в том, что под ретробульбарной анестезией выполняют разрез конъюнктивы по традиционной методике, производят коагуляцию сосудов и тканей в верхнем секторе глазного яблока на 12 часах, осуществляют у бокового края конъюнктивальной раны pars plana склеротомию в 3,5 мм от лимба для факичного глаза без буфтальма с введением ирригационной канюлей сбалансированного солевого раствора, проводят анемизацию наружных слоев склеры в виде равнобедренного треугольника со сторонами 5 мм и основанием 4 мм, обращенным к лимбу, затем отсепаровывают склеральный лоскут на 2/3 толщины склеры, проводят диагностическую глубокую склеротомию идентичным тре-

угольником с локализацией шлеммова канала в пределах конвергирующих от лимба над-резов, удаляют глубокий лоскут склеры в пре- и ретроканальной зоне, рассекают круговую связку за шлеммовым каналом по краям склерэктомии, выполняют ревизию микрошпателем переднего супрацилиарного пространства параллельно шлеммову каналу в обе стороны на 3-5 мм, осуществляют трабекулолизис эндолазерной пробой, анемизируют эндолазерно корень радужки с последующей окутомной базальной иридэктомией pars plana ирригацией при давлении 25-30 мм рт. ст., после чего предварительно адаптируют вершину поверхностного склерального лоскута, вводят в переднюю камеру глаза воздух, извлекают солевой раствор, адаптируют склеральную рану на нормотонусе и ушивают конъюнктиву непрерывным швом.

При смешанной ретенции перед эндолазерной анемизацией корня радужки проводят лигаментэктомию и трабеклотомию эндолазерной пробой.

Клинические примеры:

1. Больная Ш., история болезни № 2562, дата рождения 29.09.1986 года. Диагноз: ОУ-Синдромм Стилла. Оперированная вторичная посттравматическая терминальная 4 В глаукома, буфтальм. Афакия. Больная неоднократно оперирована по поводу вторичной посттравматической глаукомы.

ОД - до операции ВГД равно 38 мм,

ПЗО ОД = 29,14 мм после проведенной операции Синусотрабекулэктомия с ретроканальной активацией увео-склерального пути, pars plana - ирригацией, задней витрэктомией через стому шлеммова канала в ретролентальном пространстве размеры глаза стали равны 22,07 мм, т.е. в течение первых 4 дней передне-задний размер глаза уменьшился на 7,7 мм. ВГД после операции держалось на уровне 16-18 мм.

2. Больная Ц., история болезни № 5774. Диагноз ОУ-последствия перенесенного эндогенного увеита, ОС-вторичная оперированная некомпенсированная глаукома, дегенерация роговицы в проекции открытой глазной щели, осложненная катаракта, ОД-простой миопический астигматизм. Больная неоднократно оперирована традиционным методом - субсклеральной синусотрабекулэктомией, снижение ВГД в ближайшем послеоперационном периоде через 6-9 месяцев приводило к рецидиву гипертонуса. ПЗО ОС до операции равно 26,92 мм.

После проведенной операции Синусотрабекулэктомия с ретроканальной активацией увео-склерального пути, pars plana - ирригацией, задней витрэктомией через стому шлеммова канала в ретролентальном пространстве размеры глаза на 6-ые стали равны 22,15 мм, т.е. уменьшилось на 4,77 мм. В течение 6 месяцев сохраняется стабилизация процесса.

Несмотря на огромный арсенал фармакологических препаратов, лазерных и хирургических способов лечения, глаукома остается одним из наиболее распространенных и инвалидизирующих заболеваний органа зрения. Трагедия этих пациентов усугубляется еще и тем, что слепота часто сопровождается сильными болями или обезображивающим видом глаза. В таких случаях приходится энуклеировать глазное яблоко, но больному трудно решиться на удаление глаза, пусть даже невидящего. Тем более энуклеация глаза может быть большим психологическим стрессом. Косметический недостаток вызывает у пациента чувство собственной неполноценности, ограничивает общение с другими людьми, профессиональную пригодность, а главное, востребованность, делая человека глубоко несчастным. В связи с этим 100 % этих пациентов нуждаются в медицинской, социальной и трудовой реабилитации. Применение данного способа позволит решить данные задачи.

Особенностью предлагаемого способа является возможность использовать его на глазах с выраженным буфтальмом, ранее неоднократно безуспешно оперированных, что и позволяет получать положительный эффект: снизить ВГД, уменьшить ПЗО.

Данная хирургия позволяет максимальное сохранение имеющихся на момент обращения функций органа зрения, предотвращение слепоты, а в некоторых случаях сохранение

ВУ 12325 С1 2009.08.30

глаза как органа; что в итоге приведет к расширению возможности обучения детей в общеобразовательной школе, уменьшит инвалидизацию детей.

Источники информации:

1. Ключевая Е.И. Вторичная глаукома.- Минск: Беларусь, 1979.- С. 20-41.
2. Бирич Т.В., Бирич Т.А., Бирюков Ф.И. Клиническая оценка результатов модификации операции синусотрабекулэктомии при глаукоме. Новое в диагностике и лечении глаукомы: Материалы научно-практической конференции.- М., 1976.- С. 82-84.
3. Бирич Т.А., Бирюков Ф.И. Клиническая оценка результатов модификации операции синусотрабекулэктомии при глаукоме. Материалы 4-й Республиканской конференции офтальмологов Белорусской ССР.- Минск: Вышэйшая школа, 1975.- С. 30-32.