

(19) **KG** (11) **576** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО НАУКЕ И (51)⁷ **C61F 9/00**
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20020016.1

(22) 12.04.2002

(46) 31.07.2003, Бюл. №7

(76) Ботбаев А.А., Наджем Фахми Абдулла (KG)

(56) Lucio Buratto. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоемульсификации. - Fabiano Editore, 1999.-С. 56-67, 140-142

(54) Способ экстракапсулярной экстракции катаракты

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к офтальмологии, и может быть применено при экстракапсулярной экстракции катаракты. Задача изобретения - уменьшение травматичности операции и связанных с ней осложнений. Задача решается тем, что формируют туннельный корнеосклеральный разрез, разрушают переднюю капсулу хрусталика, производят вывих ядра хрусталика в переднюю камеру, аспирируют и ирригируют хрусталиковые массы и имплантируют интраокулярную линзу, причем захватывают ядро с помощью петли из мягкой нити, и выводят ядро хрусталика из передней камеры с помощью тракции за мягкую нить. 1 пр.

Изобретение относится к области медицины, а именно офтальмологии, и может быть применено при экстракапсулярной экстракции катаракты.

Известен способ экстракапсулярной экстракции катаракты, заключающийся в формировании корнеосклерального разреза (нетуннельного), разрушении передней капсулы хрусталика, выведении ядра хрусталика путем экспрессии, ирригации и аспирации хрусталиковых масс, имплантации ИОЛ в заднюю камеру под прикрытием вискоэластика и наложении непрерывного шва на корнеосклеральный разрез (Lucio Buratto. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоемульсификации. - Fabiano Editore, 1999. - С. 106-117).

Однако при этой операции есть риск возникновения интраоперационных осложнений, таких как выпадение стекловидного тела в момент экспрессии ядра хрусталика, повреждение эндотелия роговицы, а также возникновение достаточно выраженного послеоперационного астигматизма, лимитирующего получение максимальной остроты зрения.

Известен способ, заключающийся в формировании туннельного корнеосклерального разреза, разрушении передней капсулы хрусталика, гидродиссекции,

гидроделиниации, вывиха ядра хрусталика в переднюю камеру под защитой вискоэластика, введении в переднюю камеру металлической петли под ядро и цистотомом сверху ядра, захвата этими инструментами ядра и выведении его из передней камеры через туннельный корнеосклеральный разрез, ирригации и аспирации хрусталиковых масс, имплантации интраокулярной линзы в заднюю камеру под прикрытием вискоэластика и наложении непрерывного шва (Lucio Buratto. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факэмульсификации. - Fabiano Editore, 1999.-С. 133-152).

Однако, операция травматична вследствие захвата и выведения ядра хрусталика из передней камеры металлической петлей и цистотомом, так как инструменты и ядро в процессе как захвата, так и выведения его располагаются в трех параллельных плоскостях, что может привести к выпадению стекловидного тела и травмированию эндотелия роговицы.

Задача изобретения - уменьшение травматичности операции и связанных с ней осложнений.

Задача решалась путем формирования туннельного корнеосклерального разреза, разрушения передней капсулы хрусталика, вывиха ядра хрусталика в переднюю камеру, захвата и выведения ядра, аспирации и ирригации хрусталиковых масс и имплантации интраокулярной линзы, причем захват ядра проводят с помощью петли из мягкой нити, выведение ядра проводят путем тракции за мягкую нить.

Таким образом, проведение экстракапсулярной экстракции катаракты через туннельный разрез без манипулирования металлическими инструментами под и над ядром хрусталика уменьшает травматичность операции и риск возникновения осложнений.

Способ осуществляется следующим образом.

После обработки операционного поля и анестезии накладывают уздечный шов для фиксации глазного яблока. Формируют конъюнктивальный лоскут к лимбу. Отступив от лимба на 2 мм, производят склеральную насечку на $\frac{1}{2}$ толщины склеры. С помощью круглого ножа формируют туннельный разрез длиной 7 мм. На 9 часах производят парацентез. В конечной части туннеля производят прокол глубоких слоев роговицы кератомом. В переднюю камеру вводят вискоэластик. Производят разрушение передней капсулы хрусталика или капсулорексис. Затем производят гидродиссекцию и гидроделиниацию. Частично производится ирригация и аспирация. Затем расширяют внутренний разрез туннеля, предварительно наполнив переднюю камеру вискоэластиком, с помощью шпателя или цистотомом вывихивают ядро хрусталика в переднюю камеру. Затем с помощью тонкого толкателя или шпателя с раздвоенным концом вводят петлю нити 6.0 в переднюю камеру по направлению к парацентезу. С помощью другого тонкого толкателя, введенного через парацентез и продвигаемого к 6 часам, петлю мягкой нити накладывают на ядро хрусталика. При этом все манипуляции толкателями производятся сбоку от ядра и в одной плоскости с ним (в один этаж). При необходимости с помощью дополнительной ротации ядра шпателем, накинутаю на ядро петлю нити устанавливают по его середине. С помощью тракции за нить и незначительного придавливания шпателем на нижнюю стенку туннеля ядро выводят из передней камеры. При этом в момент выведения ядра какие-либо инструменты, которые могут привести к повреждению внутренних структур, в передней камере отсутствуют. Производят ирригацию и аспирацию хрусталиковых масс и имплантацию интраокулярной линзы в заднюю камеру под прикрытием вискоэластика. Вымывают вискоэластик из полости глаза, затем на наружный разрез туннеля накладывается узловый или непрерывный шов 10.0. Под конъюнктиву вводится антибиотик с кортикостероидом.

Пример: больной А., 60 лет. DS: Зрелая катаракта правого глаза. Острота зрения правого глаза - светоощущение с правильной проекцией. При микроскопии – хрусталик диффузно-мутный. Больному произведена туннельная экстракция с выведением ядра с помощью нити и имплантации ИОЛ. После операции на 7-й день острота зрения правого

глаза составила 0.7 без коррекции. Послеоперационный индуцированный астигматизм составил 1.0 диоптрию.

Преимущество способа по сравнению с известным способом в том, что захват и выведение ядра хрусталика через туннельный разрез с помощью мягкой нити менее травматичен, что уменьшает риск возникновения операционных и послеоперационных осложнений, в связи с манипуляциями инструментами при захвате ядра только в одной плоскости и исключением использования инструментов при выведении ядра (тракцией за мягкую нить), что невозможно осуществить известным способом.

Формула изобретения

Способ экстракапсулярной экстракции катаракты, включающий формирование туннельного корнеосклерального разреза, разрушение передней капсулы хрусталика, вывих ядра хрусталика в переднюю камеру, захват и выведение ядра, аспирацию и ирригацию хрусталиковых масс и имплантацию интраокулярной линзы, отличающийся тем, что захват ядра проводят петлей из мягкой нити, а выведение ядра проводят путем тракции за мягкую нить.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Грунина И.Ф.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03