

(19) **KG** (11) **720** (13) **C1** (46) **30.11.2004**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО НАУКЕ И (51)⁷ **A61F 9/007**
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ
ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20030102.1

(22) 18.09.2003

(46) 30.11.2004, Бюл. №11

(76) Мамытова Б.М., Медведев М.А. (KG)

(56) Lucio Buratto. Хирургия катаракты: переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации. - Fabiano Editore, 1999. - С. 104-119

(54) Способ туннельной экстракции катаракты с коррекцией миопического астигматизма

(57) Изобретение относится к офтальмологии и может быть использовано для проведения туннельной экстракции катаракты в сочетании с коррекцией миопического астигматизма. Задача изобретения - возможность одномоментного устранения сразу двух рефракционных дефектов: катаракты и миопического астигматизма. Задача решается тем, что туннельная экстракция катаракты с коррекцией миопического астигматизма, заключающаяся в экстракции катаракты через малый туннельный разрез с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы, при этом формируют склеральный лоскут, затем на склере перпендикулярно склеральному надрезу наносят вертикальные релаксирующие насечки и производят рецессию склерального лоскута, отступая от прежнего места крепления склерального лоскута на 1 мм, причем длина склерального лоскута зависит от степени миопического астигматизма, а ширина его - постоянна и равна 3.5 мм. 1 пр.

Изобретение относится к офтальмологии и может быть использовано для проведения туннельной экстракции катаракты в сочетании с коррекцией миопического астигматизма.

Известен способ экстракапсулярной экстракции катаракты, включающий туннельную экстракцию катаракты через малый туннельный разрез с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы, условием которой является создание склерального туннеля, который начинается сзади на склере и проходит внутри нее (Lucio Buratto. Хирургия катаракты: переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации. - Fabiano Editore, 1999.-С. 104-119).

Недостаток способа в том, что не учитывалась возможность проведения туннельной экстракции катаракты с одномоментной коррекцией миопического астигматизма, что позволило бы устранять сразу два рефракционных дефекта.

Задача изобретения - возможность одномоментного устранения сразу двух рефракционных дефектов - катаракты и миопического астигматизма.

Задача решается тем, что туннельная экстракция катаракты с коррекцией миопического астигматизма, включающая туннельную экстракцию катаракты через малый туннельный разрез с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы, при этом формируют склеральный лоскут, затем на склере перпендикулярно склеральному надрезу наносят вертикальные релаксирующие насечки и производят рецессию склерального лоскута, отступая от прежнего места крепления склерального лоскута на 1 мм, причем длина склерального лоскута зависит от степени миопического астигматизма, а ширина его - постоянна и равна 3.5 мм.

Нанесение релаксирующих насечек позволяет в дальнейшем осуществлять рецессию склерального лоскута. Такой способ позволяет без повторного оперативного вмешательства устранять сразу два дефекта.

Способ осуществляется следующим образом. Первоначально проводят туннельную экстракцию катаракты через малый туннельный разрез. Затем, после завершения туннельной экстракции катаракты, перпендикулярно склеральному надрезу наносят вертикальные релаксирующие насечки на склере, с помощью которых осуществляется рецессия склерального лоскута. Для осуществления рецессии склерального лоскута необходимо отступить от прежнего места крепления склерального лоскута на 1 мм. Далее размечается склеральный лоскут, размером по горизонтали 7.0 мм, а по вертикали - 3.5 мм. Вход в склеральный туннель осуществляется по всей его длине в 7.0 мм, передняя камера вскрывается на протяжении 6.0 мм, т.е. туннель приобретает форму трапеции. Необходимо учитывать, что расслоение склерального лоскута в области лимба должно проходить в непосредственной близости от дренажной зоны. Затем производят наложение двух-трех швов на рану для лучшей герметизации.

Пример. Больной Б., 28 лет, поступил в отделение Микрохирургии глаза с диагнозом: полная осложненная травматическая катаракта правого глаза. Сложный миопический астигматизм прямого типа обоих глаз.

Больной был пролечен предложенным способом.

После вскрытия передней камеры и заполнения ее вископротектором, производили капсулотомию хрусталика с помощью микроцитостома Федорова С. по методу "консервной банки". После вскрытия передней капсулы производили гидроделинеацию между ядром и кортикальными слоями хрусталика. При помощи канюли под переднюю капсулу вводили физиологический раствор между капсулой и ядром хрусталика, таким образом, капсула отслаивалась от кортикальных слоев. Манипуляцию проводили в разных секторах, добиваясь полной сепарации ядра. Далее извлекали ядро из глаза методом "сэндвича". Производится ирригация и аспирация хрусталиковых масс. Переднюю камеру заполняют вископротектором, в заднюю камеру имплантируется интраокулярная линза. На конъюнктиву наносят три коагулирующих шва для лучшей герметизации послеоперационной раны. Перпендикулярно склеральному надрезу наносят релаксирующие насечки на склере, которые осуществляют рецессию склерального лоскута. Через неделю больной был выписан из стационара. Контроль состояния больного осуществлен через 12 месяцев. Отмечается положительная динамика зрительных функций, $\text{visus OV} = 0.7$. Значительное уменьшение степени миопического астигматизма.

Таким образом, предложенный способ туннельной экстракции катаракты с коррекцией миопического астигматизма, позволил одномоментно устранять сразу два дефекта: осуществлять дозированную коррекцию миопического астигматизма и проводить туннельную экстракцию катаракты.

Формула изобретения

Способ туннельной экстракции катаракты с коррекцией миопического астигматизма, включающий туннельную экстракцию катаракты через малый туннельный

разрез с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы, отличающийся тем, что одновременно формируют склеральный лоскут, на склере перпендикулярно склеральному надрезу наносят вертикальные релаксирующие насечки и производят рецессию склерального лоскута, отступая от прежнего места крепления 1 мм, причем длина склерального лоскута зависит от степени миопического астигматизма, а ширина его - постоянна и равна 3.5 мм.

Составитель описания

Грунина И.Ф.

Ответственный за выпуск

Арипов С.К.

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