



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51083 (13) A

(51) B A61F9/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ВИРАЗОК РОГІВКИ

1

2

(21) 2001129112

(22) 27 12 2001

(24) 15 11 2002

(46) 15 11 2002, Бюл. №11, 2002 р.

(72) Довгалюк Юрій Павлович, Салдан Йосип Романович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування важких інфекційних виразок рогівки, що включає покриття рогівки донорським рогівковим трансплантатом з склеральним кільцем, який відрізняється тим, що трансплантат виконують на всю товщину і видаляють в ньому десцеметову оболонку тільки над виразкою окремою ділянкою та поряд з нею створюють косий парацентез, а склеральну і частково рогівкову ділянки трансплантата покривають кон'юнктивою

Винахід відноситься до медицини, а саме до офтальмології і може бути використаний для лікування важких інфекційних виразок рогівки.

Відомий спосіб лікування виразок рогівки - лікувальна кератопластика, при якому пошаровий (1/3 товщини) трансплантат викрується з донорської рогівки з склеральними "язичками" для фіксації до епісклери через розрізи кон'юнктиви біля лимба (Пучковская Н.А. //Офтальмол. журн. - 1968 - № 2 - С. 98 - 100).

Недоліком способу є те, що прикрита трансплантатом інфекція, що міститься в виразці, мало доступна для протимікробних ліків, які, крім того, при застосуванні в вигляді крапель, мазі мають короткочасну дію, тому їх необхідно застосовувати часто, що є трудомістким процесом. Ліки, введені під кон'юнктиву шляхом ін'єкцій (уколів), викликають подразнення і додаткову травму ока і, до того ж, мала їх концентрація проникає в строму рогівки, що не забезпечує ефективного лікування. Крім того, лізис мікробними і тканинними протеазами склеральних "язичків" і самого пошарового трансплантата веде до його відторгнення і необхідності повторної кератопластики, а це завдає додаткової травми для ока і збільшує витрати коштів.

Найбільш близьким до винаходу по технічній суті є спосіб лікування метагарпетичних кератитів (Алешаев М.И. // Тези доповідей наукової конференції офтальмологів, присвяченої 90-річчю акад. Н.О. Пучковської, Одеса, Україна, 1998 - С. 14 - 16). З донорської рогівки виготовляють пошаровий (1/3 товщини) трансплантат з кільцем склери. Трансплантат прилягає до епісклери так, щоб він щільно прилягав до рогівки. На кон'юнктиву

кладуть кисетний шов.

Недоліками способу є те, що при повному покритті трансплантатом рогівки обмежується доступ до виразки протимікробних ліків в вигляді крапель, мазі. Ліки, введені під кон'юнктиву шляхом ін'єкцій, в недостатній концентрації проникають в строму рогівки, викликають подразнення і додаткову травму ока, що не забезпечує ефективного лікування. Крім того, лізис мікробними і тканинними протеазами самих трансплантатів, які виготовляють з поверхневих (1/3 товщини) шарів донорської рогівки без десцеметової оболонки, яка найбільш стійка до мікробів, веде до послідовного відторгнення трансплантата і необхідності повторної кератопластики, що спричиняє додаткову травму для ока і збільшує витрати коштів.

В основу винаходу "Спосіб лікування важких інфекційних виразок рогівки" поставлено завдання - шляхом зміни товщини і форми трансплантата та способу його покриття кон'юнктивою захистити рогівку і сам трансплантат від пошкоджуючої дії протеїнази, створити біологічне покриття виразки тільки ділянкою трансплантата без десцеметової оболонки, а через виконаний косий парацентез в трансплантаті забезпечити введення ліків під нього для їх депонування та тривалої і безпосередньої дії на виразку, щоб підвищити ефективність лікування, зменшити витрату часу та коштів.

Це досягається способом лікування важких інфекційних виразок рогівки, що включає покриття рогівки донорським рогівковим трансплантатом з склеральним кільцем, згідно з винаходом трансплантат виконують на всю товщину і видаляють в ньому десцеметову оболонку тільки над виразкою

(13) A  
51083 (11)  
UA (19)

окремою ділянкою та поряд з нею створюють косий парацентез, а склеральну і частково роговкову ділянки трансплантата покривають кон'юнктивою

Спосіб здійснюється слідуючим чином. З донорського матеріалу виготовляють повний (на всю товщину) роговий трансплантат з кільцем склери шириною 3мм. В трансплантаті, відповідно до розміру та локалізації виразки роговки, трепаном висікають диск десцеметової оболонки. Поряд з цією ділянкою створюють косий парацентез (наскрізний канал шириною 1мм і довжиною 3мм для введення ліків). Після місцевої анестезії, виконаної по загальноприйнятій методиці, кон'юнктиву відсепаровують по окружності від лимба на 8мм. Роговку покривають трансплантатом таким чином, щоб ділянка його, де була попередньо видалена десцеметова оболонка, розташовувалась над виразкою. За склеральне кільце трансплантат фіксують швами до епісклери. Склеральну частину трансплантата та прилеглу до нього на 3 - 4мм роговкову покривають кон'юнктивою для захисту від протеїназ. Край кон'юнктиви прошивають кисетним швом. Таким чином, не покритою залишають тільки ділянку трансплантата над виразкою для введення ліків та візуального спостереження за станом виразки. Через парацентез мікроканюлею під трансплантат вводять необхідні ліки. Косий канал в трансплантаті попереджує зворотне витікання ліків. Таким чином під трансплантатом створюється депо лікарської речовини, що забезпечує постійну, в необхідній концентрації тривалу дію ліків безпосередньо на виразку, що виключає необхідність трудоемкого малоефективного застосування ліків традиційними методами, дає економію ліків та часу. Крім того, трансплантат тільки над виразкою, де видалена ділянка десцеметової оболонки виконує функцію біологічного покриття, а на інших ділянках, завдяки наявності десцеметової оболон-

ки, має підвищену міцність, що продовжує термін його лікувальної дії.

Приклад. Хворий Д. 57 років поступив в клініку з діагнозом - гнійна виразка роговки правого ока. Хворому проведена операція - часткова лікувальна пошарова поверхнева кератопластика з фіксацією трансплантата до епісклери за склеральні "язички". Антибіотикотерапія проводилась за загальноприйнятою методикою - в вигляді крапель, мазей, ін'єкцій під кон'юнктиву, в капсулах через рот. На 7 день, через лізис склеральних "язичків" і частково самого трансплантата, наступило його передчасне відторгнення, що порушило процес лікування. В зв'язку з цим, хворому виконана операція запропонованим нами способом з донорського ока виготовлено повний і на всю товщину роговий трансплантат з склеральним кільцем. В трансплантаті трепаном 5мм (по розміру виразки) висічена десцеметова оболонка і в 2мм від цієї ділянки виконано косий парацентез.

Кон'юнктива ока відсепарована від лимба і склери на 3мм по окружності. Трансплантат помістили на роговку таким чином, що ділянка його без десцеметової оболонки розташувалась над виразкою. Швами трансплантат пришитий до епісклери. Склеральне кільце повністю, а рогова частина трансплантата на 2-3 мм по окружності, покрита кон'юнктивою, на край якої накладено кисетний шов. Під трансплантат двічі на добу, що залежало від тривалості дії антибіотика, вводили його через парацентез згідно антибіотикограми. Традиційні способи введення ліків, які використовувались раніше при лікуванні хворого і були малоефективними, після проведення за нашою методикою операції не використовувались. Лікування пройшло успішно. Виразка зажила на 19 день. Трансплант було знято на 20 день.