



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56404

(13) A

(51) 7 A61F9/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ПАТОЛОГІЇ РОГІВКИ

1

2

(21) 2002021391

(22) 19 02 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. №5, 2003 р.

(72) Довгалюк Юрій Павлович, Салдан Йосип Романович, Салдан Юлія Йосипівна

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ МІ ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування тяжкої патології рогівки, що передбачає покриття ураженої ділянки рогівки власною кон'юнктивою і застосування ліків, який відрізняється тим, що ліки вводять безпосередньо в кон'юнктивальне покриття шляхом ін'єкцій з наступним проведенням електро- або фонофорезу ванночкою з індиферентною рідиною

Винахід відноситься до медицини, а саме до офтальмології і може бути використаний для лікування тяжкої патології рогівки, наприклад, інфільтратів, виразок, інфікованих травм, опіків і т.

Відомий традиційний спосіб застосування ліків при тяжкій патології рогівки в вигляді закапування крапель, закладання мазі в кон'юнктивальну порожнину, ін'єкцій (уколів) під кон'юнктиву, електро-фонофорезу (В.И. Морозов, А.А. Яковлев Фармакотерапія глазных болезней - М Медицина - 1998, С. 93-140)

Проте відомо, що краплі і мазі мають короточасну дію, розводяться та змиваються сльозою, що не забезпечує їх терапевтичної концентрації в місці враження, крім того вони викликають подразнення, алергію здорових структур переднього відділу ока та кон'юнктиви при тривалому застосуванні. Ін'єкції ліків під кон'юнктиву не забезпечують необхідної їх концентрації в рогівці через погану проникливість їх з підкон'юнктивального простору в строму рогівки. При проведенні електро-, або фонофорезу за загальноприйнятою методикою, лікарська речовина, якою заповнена ванночка, надходить не тільки в патологічну ділянку рогівки, а і в здорові структури ока, в чому немає необхідності і що може дати не бажані наслідки.

Найбільш близьким по технічній суті є спосіб кон'юнктивальної кератопластики при післяопікових глибоких виразках рогівки, суть якого полягає в тому, що з кон'юнктиви виготовляють лоскут на ніжці та покривають ним створене ложе в рогівці і саму виразку, що веде до їх зрощення та заживлення виразки (П.В. Макаров, Е.В. Нестерова // Тези доповідей наукової конференції офтальмологів, присвяченої 90-річчю акад. Н.О. Пучковської, Оде-

са, Україна, 1998 - С. 137-138)

Недоліком такого способу є те, що кон'юнктива, яка покриває вражену ділянку рогівки зростається з нею, що веде до утворення рубцевої непрозорості зони, яку з часом потрібно видаляти хірургічним шляхом і замінити прозорим донорським рогівковим трансплантатом. Крім того, верхній шар епітелію лоскута і сам лоскут створюють бар'єр для доступу ліків до накритої ним враженої ділянки рогівки при застосуванні їх традиційним способом, що практично виключає ефективну їх дію.

В основу винаходу «Спосіб лікування важкої патології рогівки» поставлено завдання шляхом введення ліків безпосередньо в кон'юнктивальне покриття знизити його бар'єрну функцію, забезпечити в ньому їх депонування та безпосередню і довготривалу дію на покриту патологічну ділянку рогівки, зменшити ускладнення і термін лікування та підвищити його ефективність. Поставлене завдання вирішується в способі лікування важкої патології рогівки, що передбачає покриття враженої ділянки рогівки власною кон'юнктивою і застосування ліків, згідно з винаходом ліки вводять безпосередньо в кон'юнктивальне покриття шляхом ін'єкцій з послідовним проведенням електро- або фонофорезу ванночкою з індиферентною рідиною. Таким чином створюється депо ліків в кон'юнктивальному покритті над враженою ділянкою рогівки. Зовнішній шар епітелію покриття не пропускає ліки в кон'юнктивальну порожнину, тому шляхом дифузії по міжклітинних просторах ліки поступають з нього в патологічну ділянку рогівки. Для більшого надходження ліків з покриття в рогівку використовують ванночковий електро-, або фо-

(13) A

(11) 56404

(19) UA

нофорез з індиферентною рідиною, наприклад, 0,9% фізіологічний розчин хлориду натрію, яка виконує функцію провідника струму для проведення ліків з покриття в патологічну ділянку рогівки. При використанні ванночки з індиферентною, а не з лікарською речовиною, виключається не бажана дія ліків на здорові структури ока і проводиться локальний форез їх тільки на ділянці враження з депо в кон'юнктивальному покритті над патологічною ділянкою рогівки. Для ліків при цьому способі проявляється локальною, дозованою та тривалою. Саме покриття при запропонованому способі виконує подвійну функцію біологічного захисту і джерела надходження ліків. Важливим фактом є також те, що після виліковування рогівкового процесу і зняття фіксуючих швів в ділянці лімба кон'юнктивальне покриття, яке має широку основу, не зростається з рогівкою і за рахунок тракційних сил зміщується з неї, що виключає утворення грубого рубця і проведення додаткової операції для його видалення.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після місцевої анестезії загальноприйнятим методом кон'юнктиву відсепаровують від лімба і склери в секторі враження рогівки на 6-8мм в напрямку екватора ока. Протяжність відсепарування залежить від розміру патології в рогівці. Відсепарованою кон'юнктивою покривають вражену ділянку рогівки з перекриттям її на 4 - 5мм в напрямку здорової тканини. Синтетичними швами 10/0 кон'юнктиву фіксують по краях розрізу в ділянці лімба, щоб попередити її зміщення. Патологічна ділянка рогівки виявляється покритою кон'юнктивою, яка захищає її від протеїназ та покращує живлення. Ліки вводять з допомогою інсулінового шприца та голки в товщу покриття в ділянці лімба, від якого шляхом дифузії вони поширюються по всій площі покриття.

Для посилення надходження ліків з покриття в рогівку до відкритого ока приставляють ванночку з індиферентною контактною рідиною і проводять електро-, або фонофорез.

Приклад. Хворий Г. 63 років, поступив в клініку з діагнозом периферична гнійна виразка рогівки правого ока. Лікування виразки в офтальмолога за місцем проживання традиційною методикою краплями, мазями, ін'єкціями антибіотиків під кон'юнктиву та внутрішньом'язево покращення не дало - виразка прогресувала. В зв'язку з цим, його направлено в очну клініку, де в ургентному порядку йому проведено лікування по запропонованому нами способу після анестезії за загальноприйнятою методикою кон'юнктива відсепарована від лімба і склери на 8мм з 10 до 2 год в секторі розташування виразки. Відсепарованою кон'юнктивою проведено повне покриття виразки з перекриттям її на 4 - 5мм в сторону здорової тканини. Синтетичним швом 10/0 по краях розрізу біля лімба відсепарована кон'юнктива фіксована до епісклери, щоб не наступило її зміщення. В товщу покриття в ділянці лімба голкою і інсуліновим шприцом введено антибіотик цефтриаксон широкого спектру дії з розрахованою дозою. Дворазове введення антибіотика на добу в кон'юнктивальне покриття в комплексі з електрофорезом з індиферентною контактною рідиною в ванночці, з перших днів дало покращення - виразка почала заживати. Для попередження утворення грубого біляма та прискорення выздоровлення рогівки в подальшому за вказаним способом додатково застосовувались препарати, які покращували трофіку рогівки, що значно скоротило термін лікування. Після заживлення виразки були зняті фіксуючі шви і кон'юнктивальне покриття поступово змістилось з рогівки на склеру, що попередило утворення грубого рубця.