



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21857 (13) U
(51) МПК (2006)
A61F 9/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ КОНТУЗІЙНОГО УШКОДЖЕННЯ ОКА

1

2

(21) u200609975

(22) 18.09.2006

(24) 10.04.2007

(46) 10.04.2007, Бюл. № 4, 2007 р.

(72) Чуднявцева Наталія Олександрівна, Родіна
Юлія Миколаївна(73) ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИННОЇ
ТЕРАПІЇ ІМ. В. П. ФІЛАТОВА

(57) Спосіб консервативного лікування контузієного ушкодження ока, що включає застосування седативних засобів, дегідратаційних, судинозміцнювальних, тромболітичних, протизапальних засобів, препаратів, що регулюють офтальмотонус, який **відрізняється** тим, що додатково використовують Амізон перорально 0,25 мг 3 рази на добу, курсом лікування 10-14 днів.

Корисна модель відноситься до медицини власне до офтальмології, і може бути застосований у лікуванні контузієного ушкодження ока.

Проблема ефективного лікування тупої травми ока залишається актуальною, про що свідчить високий рівень травматизму: серед побутових і кримінальних травм контузії займають лідируюче місце й становлять 60,0-79,56%, а серед всіх ушкоджень, що приводять до інвалідності контузія становить до 38,7% [Мошетова Л.К., Кочергин С.А. Современная диагностика и лечебные мероприятия при травме глаза //Матеріали XI з'їзду офтальмологів України, 16-19 травня 2006, Одеса, Україна - С.68-69, Zigelbaum B.M., Tostanoski S.R., Hersh P.S. Urban eye trauma. A one year prospective study //Ophthalmology, 1993; 100(6) P. 851-856, Сухина І.В., Голубов К.Э., Берест Ж.А. Инвалидность вследствие травмы органа зрения и меры по ее профилактики в Донецкой области. //X съезд офтальмологов Украины, Одесса - 2002 - С.15].

Контузія очного яблука одна з найбільш складних по своєму патогенезу травм органа зору. Медикаментозне лікування є базисним і від його успіху залежить профілактика ускладнень, що змушують застосовувати хірургічні підходи в комплексному лікуванні контузієного ока. Так обов'язковим у лікуванні контузієного ока є застосування препаратів направлених на зниження запальної реакції, покращення мікроциркуляції, препаратів направлених на прискорення процесів епітелізації, нормалізацію імунореактивності організму [Моженков В.П., Прокоф'єва Г.Л., Сергусев С.Г. Контузии глаза и их последствия: диагностика и лечение //Вестн. офтальмологии. - Том 113. - №1. - 1997-С.39-41; Слепова О.С, Садрисламова Л.Ф, Гундо-

рова Р.А., Алексеева И.Б., Илуридзе С.Л. Обоснование и подходы к применению иммунокорригирующих средств при контузионных травмах глаза //Вестн. офтальмологии. - №2. - 2000 - С.27-31].

Найбільш близьким є спосіб лікування контузієного ока (прототип) [Гундорова Р.А, Малаев А.А. Южаков А.М, Травмы глаза, Москва. -М: 1986. - С.348], за яким хворим за загальноприйнятою методикою необхідно застосовувати лікування, яке впливає з патогенетичних механізмів контузієного та поліморфною картини ушкодження різних структур ока, що включає застосування седативних засобів, дегідратаційних, судинозміцнювальних, тромболітичних, протизапальних засобів, препаратів, які регулюють офтальмотонус. Недоліком цього способу є те що препарати цих груп не здатні в повній мірі стабілізувати мембрани тканин ока й нормалізувати імунореактивність організму.

В експерименті на кролях при контузієного ока важкого й середнього ступеня нами виявлено порушення стабільності лізосомальних мембран найбільш виражене в строк до 15 діб після травми. Про порушення стабільності лізосомальних мембран тканин очного яблука судили по зміні неседиментуємої активності маркерних ферментів кислій фосфатази та β-галактозидази у тканинах очного яблука й зміні їх активності в плазмі крові. Необхідно відзначити, що виявлені нами зміни стабільності лізосомальних мембран тканин ока при контузієного ока різного ступеня тяжкості впливає на такі клінічні ознаки як виразність посттравматичної запальної ін'єкції ока, ерозію рогівки, гіфему, та порушення дійсного очного тиску. Спостережані нами процеси дезінтеграції мембранних структур ока при контузієного є важливою патогенетичною

(13) U

(11) 21857

(19) UA

ланкою запального процесу що розвивається у відповідь на контузійне ушкодження. Цей фактор необхідно враховувати при розробці патогенетичне орієнтованої терапії у хворих з контузією очного яблука.

В основу корисної моделі поставлене завдання шляхом консервативного лікування, знизити виразність травматичного запалення ока, поліпшити офтальмогемо і гідродинаміку, підвищити гостроту зору, поліпшити поле зору, поліпшити показники імунореактивності організму що дозволить скоротити терміни лікування хворих з контузією ока.

Поставлене завдання досягається тим, що у відомому способі лікування контузії ока який передбачає застосування седативних засобів, дегідратаційних, судинозміцнювальних, тромболітичних, протизапальних засобів, препаратів, що регулюють офтальмотонус, додатково, у якості мембраностабілізуючого та імунomodуючого препарату використовують препарат Амізон перорально 0,25мг 3 рази на добу, курсом лікування 10-14 днів. Застосування в комплексному лікуванні у хворих з контузією ока вітчизняного препарату Амізон, який реалізує свою дію шляхом стабілізації лізосомальних мембран та діє імунomodуючи - дає можливість: знизити виразність посттравматичної запальної реакції ока, підвищити гостроту зору, поширити поле зору, покращити офтальмогемо і гідродинаміку, знизити тонус судин, збільшити кількість фагоцитів, знизити виразність сенсibiliзації к антигенам кришталика та судинної оболонки. Цього вдається досягти завдяки використанню системного впливу Амізону.

Причинно-наслідкові зв'язки:	
Причина	Наслідок
Додатково застосування препарату Амізон	Використання цього препарату забезпечує мембраностабілізуючу та імунomodуючу дію і дає можливість: знизити виразність посттравматичної запальної реакції ока і таким чином зменшити число ускладнень, скоротити тривалість лікування

Спосіб здійснюється наступним чином. Лікування контузії ока починають з застосування седативних засобів, дегідратаційних, судинозміцнювальних, тромболітичних, протизапальних засобів, препаратів, що регулюють офтальмотонус, додатково призначали Амізон перорально 0,25мг 3 рази на добу. Курс лікування 10-14 днів, забезпечує нормалізацію регенераторно-репаративних процесів як у тканинах ока так і у всьому організмі. Спосіб, який запропоновано відрізняється простотою використання, високою ефективністю, відсутністю побічних ефектів та ускладнень під час лікування, добре переноситься хворими.

Застосування препарату Амізон у комплексному лікуванні контузійних порушень ока по даним клінічних спостережень сприяє зменшенню числа ускладнень, у кінцевому результаті скорочує тривалість лікування. Це може бути обумовлено також наявністю його мембраностабілізуючих та імунomodуючих властивостей.

Клінічні дослідження проведені в відділенні травми Інститута очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України.

Наводимо конкретні приклади здійснюваного способу:

Приклад 1. Хворий К., (історія хвороби №433357), 35 років, поступив в клініку з діагнозом контузія лівого ока середнього ступеню важкості.

При первинному огляді постраждалого гострота зору травмованого ока встановлювала 0,2 не коригувалась, парного здорового ока - 1,0; на травмованому оці у полі зору відносні центральні скотами, коефіцієнт кровонаповнення RQ травмованого ока - 1,78%, парного ока - 3,59%, еластотонічні властивості судин α/T - 30,96%, парного ока - 28,5%, коефіцієнт продукції внутріочної рідини F травмованого ока знижений і встановлював 0,91мм³/мин, парного ока - 1,23мм³/мин, імунологічне обстеження показало зниження абсолютного змісту фагоцитуючих клітин - 1860кл/мкл, підвищення рівня сенсibiliзації до антигенів кришталика й судинної оболонки 6% і 10% відповідно.

При біомікроскопії травмованого ока: насичена змішана ін'єкція, набряк та ерозія рогівки. При офтальмоскопії травмованого ока: визначалась наявність в макулярній зоні набряку сітківки, травматичної ангіопатії сітківки.

З першого дня лікування хворого у стаціонарі використовувалося пероральне введення препарату Амізон по 0,25мг 3 рази на добу, водночас з лікуванням за загальноприйнятою методикою. Лікування здійснювалось протягом 10 днів. Після закінчення курсу лікування гострота зору обох очей встановила 1,0, поле зору травмованого ока не відрізнялось від аналогічних даних здорового парного ока, коефіцієнт кровонаповнення RQ травмованого ока підвищився до 3,18%, парного ока - 3,49%, понизився тонус судин α/T - 27,96%, парного ока - 27,36%, підвищився коефіцієнт продукції внутріочної рідини F травмованого ока і встановив 1,22мм³/мин, парного ока - 1,35мм³/мин, імунологічне обстеження показало підвищення абсолютного змісту фагоцитуючих клітин - 2360кл/мкл, зниження рівня сенсibiliзації до антигенів кришталика й судинної оболонки: 3% і 4% відповідно.

При біомікроскопії травмованого ока: око практично спокійне, рогівка прозора. При офтальмоскопії травмованого ока: в макулярній зоні набряк сітківки розсмоктався, травматична ангіопатія сітківки.

Приклад 2. Хворий Б. (історія хвороби №420879), 43 роки, поступив в клініку з діагнозом контузія тяжкого ступеню правого ока.

При первинному огляді постраждалого гострота зору травмованого ока встановлювала правильна світлопроекція, парного здорового ока - 1,0; поле зору звужене 30 градусів з носової і скроневої сторін, коефіцієнт кровонаповнення RQ травмованого ока - 1,4%, парного ока - 2,47%, еластотонічні властивості судин α/T - 44,44%, парного ока - 29,5%, коефіцієнт продукції внутріочної рідини F травмованого ока встановлював 1,4мм³/мин, парного ока - 2,23мм³/мин, імунологічне обстеження показало зниження абсолютного змісту фагоцитуючих клітин - 1330кл/мкл, підвищення рівня сен-

сибілізації до антигенів кришталика й судинної оболонки 12% і 10% відповідно.

При біомікроскопії травмованого ока: набряк повік, очна щільна зімкнута, насичена змішана ін'єкція, субкон'юнктивальні крововиливи, велика ерозія рогівки, десквамація епітелію. У просвіті зіниці згустки крові. Зіниця не проглядається, рефлексу немає.

З першого дня лікування хворого у стаціонарі використовувалося пероральне введення препарату Амізон по 0,25мг 3 рази на добу, водночас з лікуванням за загальноприйнятою методикою. Лікування здійснювалось протягом 14 днів. Після закінчення курсу лікування гострота зору травмованого ока встановила 0,25, поле зору травмованого ока не відрізнялось від аналогічних даних здорового парного ока, коефіцієнт кровонаповнення RQ травмованого ока підвищився до 2,47%, парного ока - 3,19%, понизився тonus судин а/Г - 33,3%, парного ока - 22,7%, підвищився коефіцієнт продукції внутріочної рідини F травмованого ока і встановив 1,8мм³/мин, парного ока - 2,35мм³/мин, імунологічне обстеження показало підвищення абсолютного змісту фагоцитуючих клітин - 3798кл/мкл, зниження рівня сенсibiliзації до антигенів кришталика й судинної оболонки: 2% и 0% відповідно.

При біомікроскопії травмованого ока: око помірно ін'єцироване, рогівка прозора, передня камера рівномірно глибока, іридофакоденез, зіниця діаметром 4мм, кришталик частково мутний, скловидне тіло дифузно мутне.

При офтальмоскопії травмованого ока: диск зорового нерву блідно-рожевий, в макулярній зоні і парапапілярно помірний набряк сітківки.

Було запроваджене лікування пропонуємим способом 78 хворих контузією ока різного ступеню тяжкості, контрольну групу склали 69 хворих які отримали лікування за загальноприйнятою методикою. Хворі дослідної і контрольної групи були порівнянні по полу, віку, строкам після травми, за станом ураження при надходженні. Гострота зору в дослідній групі перед началом лікування становила з корекцією 0,22±0,09, а контрольній 0,20±0,06, а після лікування 0,62±0,08 и 0,45±0,05 відповідно.

Під впливом запровадженого лікування спостерігалось достовірно більше зниження виразності посттравматичної запальної реакції ока (p = 0,000), зниження виразності посттравматичних змін рогівки (p = 0,000). Показник гостроти зору травмованого ока с коррекцией в (1,35±0,20) раза (p = 0,000) відповідно перевищував аналогічний показник у контрольній групі.