

Винахід стосується медицини, а саме - офтальмології, і може бути використаний для лікування хворих з опіками очей середньої і тяжкої ступені.

За прототип обрано спосіб лікування опіків очей (див.: Дмитрієв С.К. Оптимизация лечебной тактики при ожогах глаз на основе выяснения патогенетического значения изменений кровообращения динамики ожогового процесса: Дис. ... канд. мед. наук. – Одеса, 1989. - 168 с.), який полягає в тридобовому внутрішньовенному введенні реологічних властивостей крові і розширюючих судини. ліглюкіну і кавінтону – препаратів, покращуючих

Ознаками, що збігаються з суттєвими ознаками запропонованого засобу, є внутрішньосудинні введення судинорозширювальних і покращуючих реологію крові засобів.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності лікування, усунення парезу капілярної мережі, зняття функціонального спазму судин крайової лімбальної петлястої мережі і кон'юнктиви, зменшення ішемічних розладів), є: неможливість локального розширення судин ока і поліпшення реологічних властивостей крові в судинах ока у зв'язку з цим і збільшення локального судинорозширювального фармакологічного ефекту, тому що при внутрішньовенному введенні судинорозширювальні препарати викликають у першу чергу розширення судин всього організму і скидання крові у "депо" із зменшенням об'єму крові, що циркулює у всьому судинному річищі і зокрема у судинах ока.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу лікування опіків середньої і тяжкої ступені шляхом заміни внутрішньовенних введення судинорозширювальних препаратів на внутрішньоартеріальний засіб введення судинорозширювальних препаратів попередньому введенню інших лікарських засобів, що призводить до кращого лікувального ефекту за рахунок локального підведення до зони ішемії з переважною спрямованістю лікувальної дії: судинорозширювального, що покращує трофіку тканин опеченого ока, що дозволяє досягти очікуваний технічний результат: підвищити ефективність лікування опіків середньої і тяжкої ступені, усунути наростання тромботворення і порушення в судинах ока, усунути функціональну ішемію, тромбоз судин, зменшити площу ішемічних розладів у судинах кон'юнктиви очного яблука, запобігти тяжких метаболічних змін у зоні парабіоза і паранекроза.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування опіків очей середньої тяжкої ступені, який включає попереднє внутрішньоартеріальне введення судинорозширювальних препаратів тренталу 5,0 або еуфіліну 2,4% 10,0 на буферному розчині натрію хлориду 0,9%-200,0 згідно з винаходом, препарати вводять внутрішньоартеріально щодня протягом 7-14 діб.

Між сукупністю суттєвих ознак способу за винаходом і технічним результатом, який може бути досягнутий, проявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: використання катетеризації поверхневої скроневої артерії для введення трентала або еуфіліну внутрішньоартеріально на буферній основі 0,9% натрію хлориду 200,0, дозволяє зменшити стійкі ішемічні розладання, функціональний спазм судин; тому що застосування щоденного внутрішньоартеріального введення судинорозширювальних препаратів тренталу або еуфіліну протягом 3 годин крапельно загальним курсом 7-14 діб дозволяє збільшити ефект лікування за рахунок зниження кількості ускладнень порівняно з прототипом; при відсутності перелічених ознак технічний результат недосяжний.

Запропонованим способом в умовах клініки проліковано 34 хворих з опіками очей середньої і тяжкої ступені. Проведений аналіз результатів лікування показав, що, залежно від тяжкості опіку і вираженості ішемічних процесів, оптимальним є курс який складається із 7-14 щоденних внутрішньоартеріальних краплинних трансфузій протягом 3 часів, оскільки проведення менше 7 внутрішньоартеріальних трансфузій є недостатнім для одержання терапевтичного ефекту, а після проведення 14 трансфузій, як правило спостерігається зменшення площі ішемії, покращується епітелізація кон'юнктиви і рогівки, зникає запальна реакція.

Спосіб здійснюється наступним чином.

У преаурикулярній зоні, у місці максимальної пульсації поверхневої скроневої артерії проводиться лінійний розріз шкіри і розтин поверхневої фасції. Виділяється поверхнева скронева артерія з наступним її розтиним і введенням катетера з гумовою заглушкою, у яку щоденно вводять судинорозширювальні препарати: трентал або еуфілін на буферній основі 0,9% натрію хлориду 200,0 протягом 3 годин краплинною інфузією.

Трансфузійне введення судинорозширювальних препаратів попередньому введенню інших лікарських засобів повторюють щодня до одержання клінічного ефекту.

Застосування способу ілюструється наступними прикладами.

Приклад № 1. Хворий Н., 35 років, історія хвороби № 382979, госпіталізований в ургентному порядку у відділення травм і опіків очей інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова з діагнозом: Сочетаний термічний опік середньої ступені лівого ока з поразкою шкіри повік, обличчя, шиї 1 ступені. Гострота зору: на правому оці 1,0; гострота зору на лівому оці 0,06 н/к.

При огляді хворий скаржився на різке зниження зору, сльозотечу, світлобоязнь, біль, печіння в лівому оці, гіперемію шкіри обличчя, шиї, біль у вражених ділянках шкіри. Об'єктивно: виражена гіперемія шкіри повік, обличчя, шиї, ішемія кон'юнктиви з відкладенням фібринних плівок у верхньому і нижньому своді кон'юнктивальної порожнини, набряк, стовщення рогівки з повною відсутністю епітелію. Рогівка тьмяна, нагадує "матове скло" середньої інтенсивності. Чутливість рогівки різко знижена з повним фарбуванням поверхні флюоресцеїном. Біомікроскопічно відзначається функціональний спазм судин крайової петлистої мережі з великими ділянками ішемії кон'юнктиви, парез капілярів із стазом. Рогівка з повною відсутністю епітелію й набряком усіх її слоїв із поразкою центральної зони в області зіниці. Передня камера середньої глибини, камерна волога прозора, зіниця рухома, райдужка без виражених змін, кришталік прозорий, склоподібне тіло й очне дно не офтальмоскопується із-за набряку та помутніння рогівки. Призначено курс комплексного лікування, який включає місцеву терапію у вигляді інстиляцій протизапальних, антибактеріальних, десенсибілізуючих, прискорюючих регенерацію тканин крапель, закладання мазей, субкон'юнктивальні ін'єкції лікарських засобів. В ургентному порядку зроблена катетеризація поверхневої

скроневої артерії з наступними внутрішньоартеріальними інфузіями з щоденним включенням до складу схеми лікування еуфіліну 2,4%-10,0 на буферному розчині хлориду натрію 200,0, що передуює введенню інших лікарських засобів (контрикалу, рибофлавіну, дексазону, солкосерілу, аскорбінової кислоти, неогемодезу). Еуфілін вводився протягом 8 діб. На 3 добу від початку лікування відзначалося зменшення ішемії кон'юнктиви та її набряку, зниження запальної реакції у вигляді зникнення фібринних плівок, відзначена активна епітелізація кон'юнктиви і рогівки. На 12 добу відмічена повна епітелізація рогівки, із зникненням світлобоязні, слъозотечі, блефароспазму з відновленням її чутливості. У зв'язку з наявністю в центральній зоні поверхневого помутніння стромальних ділянок у вигляді плями гострота зору відновилася до 0,5 н/к.

Приклад № 2. Хворий Д., 23 років, історія хвороби № 382770, знаходився на стаціонарному лікуванні у відділенні травм і опіків очей інституту очних хвороб і тканинної терапії з діагнозом: Тяжкий лужний хімічний опік правого ока. Гострота зору справа 0,03 н/к, зліва 1,0.

Скарги на втрату зору, біль, світлобоязнь, слъозотечу. Об'єктивно: очна щілина звужена, виражений набряк вік і кон'юнктиви з ділянками великої її ішемії із субкон'юнктивальними крововиливами, рогівка мутна, набрякша, має вигляд "матового скла" із повною відсутністю поверхневого епітелію і відсутністю чутливості. Біомікроскопічно: відзначається виражене стовщення і набряк рогівки з наявністю кальціфікатів у стромальних її прошарках, дрібні субкон'юнктивальні крововиливи в нижній частині кон'юнктиви. Передня камера середньої глибини, вільна, зіниця рухома, кришталік прозорий, склоподібне тіло й очне дно не офтальмоскопуються через стан рогівки.

Призначено комплексний курс інтенсивної терапії, що включає щоденні внутрішньоартеріальні інфузії судинорозширювальних препаратів тренталу 5,0 на буферному розчині натрію хлориду 200,0, що щодня передуює введенню інших лікарських засобів (контрикалу, реополіглюкіну, неогемодезу, солкосерілу, та інших) Трентал вводився внутрішньоартеріально протягом 8 діб. На 2 добу від початку лікування відзначалося зменшення болю, набряку слизуватої, зникнення фібринних плівок. На 8 добу відзначена поява епітелізації рогівки, зникнення ішемії кон'юнктиви. Хворий виписаний на 30 добу з повною епітелізацією рогівки з гостротою зору правого ока 0,1 н/к, лівого ока 1,0.

Наведені приклади підтверджують ефективність щоденних внутрішньоартеріальних інфузій з попереднім введенням судинорозширювальних препаратів хворим з опіками очей середньої і тяжкої ступені, про що свідчить покращення об'єктивного стану очей: усунення функціонального спазму судин, поліпшення мікроциркуляції зони ішемії, зменшення площі ішемії, прискорення васкуляризації і епітелізації, зниження запальної реакції.

Позитивний ефект. Засіб щоденного введення внутрішньоартеріально судинорозширювальних препаратів, сприяє підвищенню ефективності лікування опіків середньої і тяжкої ступені, усунення наростання тромбоутворення і вазомоторних порушень у судинах ока, усуненню функціональної ішемії, тромбозу судин, зменшенню площі ішемічних розладів у судинах кон'юнктиви та очного яблука, запобіганню тяжких метаболічних змін у зоні парабіозу і паранекрозу.