



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41643 (13) U
(51) МПК (2009)
A61F 9/00
A61F 9/08

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕРПЕТИЧНОГО КЕРАТИТУ

1

(21) u200901411
(22) 19.02.2009
(24) 25.05.2009
(46) 25.05.2009, Бюл.№ 10, 2009 р.
(72) БЕЗДІТКО ПАВЛО АНДРІЙОВИЧ, UA, ІЛЬІНА
ЄВГЕНІЯ МИКОЛАЇВНА, UA
(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA

2

(57) Спосіб хірургічного лікування герпетичного кератиту, що включає забір тканини здорового ока та її трансплантацію в осередок процесу, який **відрізняється** тим, що із здорового ока шляхом ламелярної кератектомії забирають ділянку лімба, на хворому оці в меридіані рогівкового дефекту формують кишеню, в яку імплантують біоптат та фіксують його вузловим швом при необхідності.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до офтальмології, і може бути використаною для хірургічного лікування герпетичного кератиту.

Герпетичний кератит (ГК) - це запалення рогівки, викликане вірусом герпесу. За частотою і тяжкістю перебігу ця хвороба займає перше місце серед кератитів.

Захворювання має різні форми. Поверхневі кератити мають вид крапкових помутнінь, протікають без вираженої клініки - така форма зустрічається рідко. Глибокі форми захоплюють внутрішні шари рогівки, супроводжуються великою виразкою і формуванням грубого більма.

У цілому для герпетичного кератиту характерно різке зниження зору, сильні болі в оці, набряк і почервоніння вік і ока.

Захворювання носить рецидивуючий характер - тобто після першої атаки при найменшій провокації у виді переохолодження, алкоголю, менструації чи абортів у жінок, виникає повторна атака. З кожною наступною атакою в зв'язку з виснаженням імунітету, відбувається втрата гостроти зору, збільшення тривалості хвороби і більш глибоке пошкодження рогівки (Каспаров А.А. Офтальмогерпес. - М.: Медицина, 1994. - 224 с).

У лікуванні герпетичного кератиту використовують консервативну терапію і хірургічне лікування.

Консервативне лікування включає використання Полудана - кращого на сьогоднішній день імуностимулятора, у виді крапель, навколоочних і внутрішньом'язових ін'єкцій. Полудан використовується в комбінації з препаратами Ацикловіра (Зовіракс, Віролекс) у виді очної мазі і таблеток (Каспаров А.А. Офтальмогерпес, - М.: Медицина, 1994. - 224 с).

Хірургічні втручання при герпетичному пошкодженні ока залежать від його тяжкості і глибини. Це може бути порівняно невелика амбулаторна операція, а в більш тяжких випадках - наскрізне пересадження рогівки.

Відома система мікрохірургічних методик, адаптованих до лікування активного ГК (аргонлазеркоагуляція, мікродіатермокоагуляція, внутрішньоочна інфузія Полудана, безшовний метод кератопластики, ексцентрична неперфоруюча мінікератопластика, повна стромектомія + кератопластика, потрібна процедура й ін.). Мікродіатермокоагуляція (зскрібок) ефективна в лікуванні вірусних і гнійних виразок рогівки, має ряд переваг перед іншими мікрохірургічними прийомами (механічний зскрібок, кріопексія, лазеркоагуляція й ін.), таких як доступність приладу за ціною, а також можливість використання в очному кабінеті поліклініки. Використання ексимірного лазера не вирішує проблему лікування активних стромальних кератитів, однак є дуже успішним в усуненні поверхневих помутнінь у центральній зоні рогівки після вірусних кератитів.

Найбільш розповсюдженою хірургічною процедурою в хірургічному лікуванні ГК є поширова кератопластика. До початку самої операції кон'юнктивальна порожнина рясно промивається антисептичним розчином, закапується антибактеріальний засіб, який періодично закапується і по ходу операції. Трепаном необхідного діаметра в межах здорової тканини виконується надріз рогівки на глибину не менш половини її товщини, при поширенні гнійного процесу по всій поверхні рогівки трепанація виконується по лімбі, а іноді і по склері, після попередньої відсепаровки кон'юнктиви. За допомогою круглого ножа виконується відшарову-

U
(13)
41643
(11)
UA
(19)

вання патологічно змінених шарів. У випадку залишкової інфільтрації в глибоких шарах додатково прибираються більш глибокі шари в один чи два етапи. Останні маніпуляції виконують вкрай обережно, щоб уникнути перфорації рогівки. Глибокі шари, що залишилися, обробляють 5 % розчином йоду, закапують сульфацил-натрію (чи необхідний антибіотик). У підготовлене в такий спосіб ложе поміщають консервований пошаровий рогівковий трансплантат. Діаметр трансплантата залежить від діаметра операційного поля. При малих діаметрах ложа (4-6 мм) трансплантати використовуються ідентичних розмірів. При великих розмірах (7-10 мм) пересаджуються трансплантати на 0,25 мм більше.

Підготовлені донорські диски укладаються на раневу поверхню рогівки реципієнта і фіксуються «край у край» 6-8 вузловими швами 10-00, що захоплюють трансплантат у 1-1,5 мм від його краю, а тканину реципієнта в 2-3 мм від краю ложа. Така техніка накладення швів дозволяє уникнути прорізування їх через пухкість краю рогівки реципієнта.

Операція завершується закапуванням антибактеріальних засобів і введенням антибіотиків під кон'юнктиву. Накладається монокулярна давялюча пов'язка (Степанов В.К. Особенности техники выполнения лечебной пересадки роговицы при гнойных кератитах // Вестник ОГУ. - 2004. - №12. - С. 107-110).

За традиційним наскрізним пересадженням рогівки трепаном необхідного розміру в межах здорових тканин висікають уражену ділянку рогівки, яка тимчасово підшивається до трепанаційного краю 3-4 вузловими швами 8-00. Викроюється донорський рогівковий трансплантат. При трепанації рогівки до 6 мм трансплантат викроюється того ж діаметра. При розмірах трепанаційного отвору 7-10 мм трансплантат викроюється на 0,25 мм більшим. Перед укладенням трансплантата в ложе знімаються вузлові шви з рогівки реципієнта і видалається уражений диск. З передньої камери, з поверхні радужки, із просвіту зіниці видалаються ексудативні відкладення гнійного чи гнійно-геморагічного характеру (Степанов В.К. Особенности техники выполнения лечебной пересадки роговицы при гнойных кератитах // Вестник ОГУ. - 2004. - №12. - С. 107-110).

Спосіб хірургічного лікування ГК за допомогою наскрізної пересадки рогівки є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу розширення арсеналу способів хірургічного лікування герпетичного кератиту.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі хірургічного лікування герпетичного кератиту, що включає забір тканини здорового ока та її трансплантацію в осередок процесу, згідно з корисною моделлю, із здорового ока шляхом ламелярної кератектомії забирають ділянку лімба, на хво-

рому оці в меридіані рогівкового дефекту формують кишеню, в яку імплантують біоптат та фіксують його вузловим швом при необхідності.

Спосіб виконують наступним чином.

Операційне поле обробляють розчином 96 % спирту етилового. Місцево в інстиляціях: 0,5 % алкаїн в обидва ока. Зі здорового ока методом ламілярної кератектомії на 12 годинах виконують забір матеріалу в межах анатомічної структури лімба 1x2x0,75 мм. На хворому оці в області ушкодженого лімба в меридіані рогівкового дефекту за допомогою розшаровувача 2,2 мм формують кишеню глибиною 2 мм. У кишеню, що утворилася, імплантують аутотрансплантат, який фіксують при необхідності вузловим швом 10-00.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад. Пацієнт Н., 45 років, надійшов в офтальмологічне відділення з діагнозом: глибокий метагерпетичний кератит правого ока.

При надходженні скарги на сльозотечу, світлобоязнь, хворобливість у правому оці, блефароспазм.

З анамнезу: часті (до 2-3-х разів на рік) герпетичні кератити праворуч, протягом 4-х років.

Об'єктивно: праве око: VOD=0,1 н/к. Виражена перикорнеальна ін'єкція, рогівка набрякла, у глибоких шарах рогівки множинні крапкові інфільтрати сірого кольору при фарбуванні рогівки розчином флюоресцеїну-натрію. На 4-х годинах у парацентральній зоні дефект рогівки, округлий, з чіткими границями, довкола нього зона інфільтрації. Подокуди на рогівці новоутворені судини. Інші відділи без змін.

При дослідженні рогівки - чутливість знижена.

Слізні проби: Ширмера - 20 мм, Норна - розрив слізної плівки через 3 сек., Джонес - 15 мм.

Імунологічно пацієнт обстежений на герпес (реакції ІФА, ПЛР).

Призначено противірусне лікування: гевіран по 800 мг / 5 р. / доба, внутрішньом'язово циклоферон за схемою. Місцево мазь зовіракс у праве око 4 рази на день, краплі флоксал 4 рази на день, індоколлір по 1 краплі 4 рази на день у праве око.

Хворий прооперований за способом, що заявляється. У післяопераційному періоді хворий продовжував одержувати призначене консервативне лікування.

Щоденний моніторинг гостроти зору, чутливості рогівки, слізних проб, біомікроскопія з флюоресцеїном-натрію.

На третій день після операції: очне яблуко помірно подразнене, рогівка набрякла, ерозія відсутня, неоваскуляризація відсутня.

Через рік при контрольному огляді: скарг немає, VOD=0,5 су1 - 1.0 D ax 180°=0,7. Передні відділи спокійні. Рогівка прозора. Неоваскуляризація відсутня. Чутливість рогівки збережена. Слізні проби в межах норми.

