



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **17193** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61K 33/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕГМАТОГЕННИМ ВІДШАРУВАННЯМ СІТКІВКИ, УСКЛАДНЕНИМ ВІДШАРУВАННЯМ СУДИННОЇ ОБОЛОНКИ

1

2

(21) u200603097

(22) 22.03.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Путієнко Олексій Олексійович, Левицька Галина Василівна

(73) ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ ІМ. В.П.ФІЛАТОВА

(57) Спосіб лікування хворих з регматогенним відшаруванням сітківки, ускладненим відшаруванням судинної оболонки, що полягає у проведенні втиснення склери на тлі системної терапії 60 мг преднізолону на добу, який **відрізняється** тим, що вводять в порожнину склистого тіла ацетат триамцинолону.

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до офтальмології і може бути використаний для лікування регматогеного відшарування сітківки, ускладненого відшаруванням судинної оболонки.

Регматогене відшарування сітківки, поєднане з відшаруванням судинної оболонки, зустрічається в 2-4,5% випадків і є однією з ускладнених форм первинних відшарувань сітківки. В цих випадках має місце значне порушення гематоофтальмологічного бар'єру, що проявляється вітриїтом (замутненням склистого тіла), запаленням переднього відділу ока, різкою гіпотонією, болевим симптомом. Особливістю післяопераційного перебігу у таких пацієнтів є значна ексудативна реакція, вітреальні крововиливи, посилення відшарування судинної оболонки, та як наслідок цього, розвиток та прогресування проліферативної вітреоретинопатії до 40% випадків [Rahman N., Harris G. // Choroidal detachment associated with primary retinal detachment. // Arch Ophthalmol. - 1992. - Vol.27. - P.245-248; Girard P., Mimoun G. Clinical risk factors for proliferative vitreoretinopathy after retinal detachment surgery // Retina. - 1994. - Vol.14. - P.417-424].

Позитивні результати традиційного втиснення склери складають всього 32,4-52,3% проти 85-96% неускладнених форм відшарувань [Sharma T, Gopal L, Badrinath S // Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment. // Ophthalmology. - 1998. - Vol.105. - P.2282-2285]. Комплексні трансквітреальні втручання підвищують результативність хірургічного лікування до 66,7% [Sharma T, Gopal L,

Badrinath S // Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment. // Ophthalmology. - 1998. - Vol.105. - P.2282-2285; Путієнко О.О. // Результати хірургічного лікування хворих з первинним відшаруванням сітківки, поєднаним з відшаруванням судинної оболонки // Офтальмологічний журнал. - 2001. - №5. - С.50-54].

Sharma T. et al показали, що системне призначення стероїдних гормонів перед операцією та в ранньому післяопераційному періоді у дозі 1мг/кг маси тіла підвищує результативність втручань до 81,8-90,5% випадків. [Sharma T, Gopal L, Badrinath S // Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment. // Ophthalmology. - 1998. - Vol.105. - P.2282-2285; Sharma T, Gopal L, Reddy RK, Kasinathan N, Shah NA, Sulochana KN, Miriam KC, Arvind K, Ramakrishnan S, Sukumar B. Primary vitrectomy for combined rhegmatogenous retinal detachment and choroidal detachment with or without oral corticosteroids: a pilot study. // Retina. - 2005. - Vol.25(2). - P.152-157].

Важливо відмітити, що недостатня тривалість системного гормонального лікування, а саме: призначення преднізолону у дозі 60мг/добу тільки у доопераційному періоді хоч і приводить до ліквідації ознак гострого запалення та прилягання судинної оболонки перед операцією, проте не покращує віддалених анатомічних результатів трансквітреальних втручань [Yang C.V. // Pars plana vitrectomy in the treatment of combined rhegmatogenous retinal detachment and choroidal detachment in aphakic or pseudophakic patients. //

(19) **UA** (11) **17193** (13) **U**

Ophthalmic Surg Lasers. - 1997. - Vol.28. - P.653-657].

Таким чином, на сьогоднішній день стандартом лікування регматогеного відшарування сітківки, ускладненого відшаруванням судинної оболонки, є втиснення склери на тлі системної гормональної терапії глюкокортикоїдами в до- та після операційному періодах [Verma L, Venkatesh P, Chawla R, Tewari HK. Choroidal detachment following retinal detachment surgery: an analysis and a new hypothesis to minimize its occurrence in high-risk cases // Eur J Ophthalmol. - 2004. - Vol.14(4). - P.325-329].

Найбільш близьким до запропонованого нами способу лікування регматогеного відшарування сітківки, поєднаного з відшаруванням судинної оболонки є втиснення склери, на тлі системної терапії стероїдними протизапальними засобом, що забезпечує адекватну протизапальну дію та попереджує розвиток післяопераційних ускладнень. Цей спосіб полягає у наступному: стероїди призначають у краплях 6 разів на добу та системно у дозі 60мг преднізолону за 3-6 днів до операції та на 6-15 днів після операції. Незважаючи на те, що розглянутий спосіб є ефективним методом лікування, він має ряд недоліків: системне застосування стероїдних протизапальних засобів має ряд значних добре відомих негативних впливів на організм людини, включаючи ерозивно-виразкові поражения слизової оболонки шлунку, гіперглікемію, артеріальну гіпертензію, остеопороз, гіпокаліємію, тахікардію, синдром Кушинга, імуносупресію, психоз і т.д.

У основу нашої корисної моделі поставлена мета удосконалення способу лікування регматогеного відшарування сітківки, поєднаного з відшаруванням судинної оболонки, шляхом проведення патогенетично обґрунтованої терапії стероїдними засобами місцевої дії, без ознак системного впливу на організм хворого.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування регматогеного відшарування сітківки, поєднаного з відшаруванням судинної оболонки, який полягає у проведенні втиснення склери, відповідно до корисної моделі проводять ліквідацію порушення гематоофтальмічного бар'єру шляхом введення в порожнину склистого тіла ацетату триамцінолону.

Причинно-наслідкові зв'язки: введення в порожнину склистого тіла ацетату триамцінолону обумовлює стабілізацію гематоофтальмічного бар'єру, ліквідує запальний процес, зменшує проникність судинної стінки, що попереджує подальшу проникність у середовища ока факторів, що

стимулюють проліферативні процеси. Однократне введення інтраокулярно стероїдного препарату забезпечує терапевтичну концентрацію препарату протягом приблизно 6 тижнів, не має системного впливу.

Запропонований нами спосіб проводиться наступним чином: у кінці операції відповідно до винаходу вводимо інтравітреально 4мг відмитих кристалів триамцінолону ацетату. Введення триамцінолону ацетату проводиться наступним чином: через плоску частину ціліарного тіла у 4мм від лімбу на факічних та в 3,5мм від лімбу на афакічних очах шприцем з канюлею розміром 23G вводять в порожнину скловидного тіла 4мг препарату.

Метод апробовано у Інституті очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова. Проведено аналіз 13 історій хвороб, 13 очей прооперованих з приводу регматогеного відшарування сітківки, поєднаного з відшаруванням судинної оболонки з введенням в порожнину скловидного тіла 4мг триамцінолону ацетату. Гострота зору до операції - правильна світлопроекція на 4 очах, 0,01-0,02 - на 7 очах, 0,04-0,06 - на 2 очах. Прилягання сітківки в результаті першої операції досягнуто на 11 очах (84,6%), на двох очах проведено повторне хірургічне втручання, що забезпечило позитивний анатомічний результат у всіх випадках. Досягнута гострота зору: 0,02-0,05 - на 2 очах, 0,06-0,09 - на 4 очах, 0,1-0,2 - на 4 очах, > 0,3 - на 3 очах.

Конкретний прилад: Хворий Н., історія хвороби №446295, амб.карта №145799, з відшаруванням сітківки, ускладненим відшаруванням судинної оболонки у двох квадрантах. Відшарування сітківки було тотальне з ПВР у стадії В, мали місце клапанні розриви сітківки, зона решітчастої вітреореїнальної дегенерації протягом 60°. Відшарування супроводжувалось болями в оці, гіперемією кон'юнктиви, зеленкуватим відтінком райдужки, наявністю задніх синеній, помірним замутнінням склистого тіла у поєднанні повним відшаруванням задньої галоїдної мембрани, тому рахунку макулярної зони. Проводилась описана терапія в повному обсязі. Досягнуто прилягання сітківки, а через 1 місяць при контрольному огляді зареєстровано відновлення прозорості склистого тіла та повне прилягання сітківки. Показники внутрішньоочного тиску залишались нормальними: 16-21мм.рт.ст. Гострота зору до операції - 0,01 не кор., а при виписці - правильна світлопроекція, через 1,5міс. - 0,25сс-8,0.

Результати дозволяють зробити висновок про високу ефективність лікування запропонованим методом.