



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64164** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61F 9/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ**

1

2

(21) u201105736

(22) 06.05.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) ПАНЧЕНКО МИКОЛА ВОЛОДИМИРОВИЧ,
ПАНЧЕНКО ОЛЕНА МИКОЛАЇВНА, САМОФАЛОВА
МАРИНА МИКОЛАЇВНА, АЛЕКСІЄНКО КАТЕРИНА
АНДРІЇВНА, ЯКУБОВИЧ НАТАЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб лікування первинної відкритокутової
глаукоми, який включає гіпотензивну терапію та
призначення Тівортину, який **відрізняється** тим,
що додатково призначають Целекоксиб по 200 мг
1 раз на добу перорально.

Корисна модель належить до медицини, а саме до офтальмології, і може бути застосована для лікування первинної відкритокутової глаукоми.

На сьогоднішній день у світі більш ніж 60 млн. людей хворіють на глаукому (Quigley H. Worldwide epidemiology in glaucoma // Word Glaucoma Congress (AIGS) Singapore July 18-21 2007. - Geneva Medical Publishers, Geneva, Switzerland, 2007. - Р. 1.) і розповсюдженість глаукоми в середньому збільшилась на 36,7 % (Рыков С.А., Витовская О.П., Степанюк Г.И. Заболеваемость, распространенность офтальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине // Новости глаукомы - 2009. - № 1 (9). - С. 34-35.), при цьому глаукома залишається однією з основних причин сліпоти та інвалідності по зору.

Існуючі методи лікування первинної відкритокутової глаукоми у багатьох хворих не дають можливості стабілізувати патологічний процес та попередити інвалідність, що робить актуальним розробку нових методів лікування на основі визначення основних ланок патогенезу даного захворювання.

Способи лікування первинної відкритокутової глаукоми, спрямовані на зниження підвищеного внутрішньоочного тиску (Нестеров А.П. Первичная открытоугольная глаукома: патогенез и принципы лечения // Клини. офтальмол. - 2000. - Т. 1, № 1. - С. 4-5), у значному відсотку випадків не забезпечують стабілізації глаукоматозної оптичної нейропатії, що пояснюється відсутністю впливу на судинну та метаболічну ланки патогенезу захворювання.

Існує спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми, який включає окрім гіпотензивної терапії ще й призначення препарату, що має метаболічні та антиоксидантні властивості, - ліпоєвої

кислоти (Филина А.А., Давыдова Н.Г. Липоевая кислота как средство метаболической терапии открытоугольной глаукомы // Вестн. офтальмол. - 1999. - № 1. - С. 6-8).

Більш ефективним є спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми, що включає гіпотензивну терапію і використання препарату з метаболічними та антиоксидантними властивостями, як такий призначають аскорбінову кислоту в залежності від стадії глаукоми у вигляді інсталяцій 0,02 % розчину в кон'юнктивальний мішок по 1 краплі 2-3 рази на добу та у вигляді оральних таблеток по 500 мг 2-3 рази на добу протягом місяця (Пат. № 3173 U, UA, Спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми / Петренко ОБ., Жабоедов Г.Д. Опубл. 15.10.2004, бюл. № 10).

Описаний спосіб лікування є патогенетично обґрунтованим, оскільки аскорбінова кислота може впливати на метаболізм оксиду азоту (Haedliger I., Flammer G. Nitric oxide and Endothelin in the pathogenesis of glaucoma. - Lippincott - Ravel Publisher. - 1998. - Р. 255), але він не враховує стан інших чинників, що приймають участь у ауторегуляції гемодинаміки зорового нерва та відтоку внутрішньоочної рідини.

Відомий також спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми, який включає гіпотензивну терапію і використання препарату з метаболічними та антиоксидантними властивостями, як такий призначають Тівортін по 100 мл розчину для ін'єкцій внутрішньовенно крапельно, зі швидкістю 10 крапель за хвилину, 1 раз на добу протягом 3-5 днів, а потім по 5 мл розчину для перорального застосування 3 рази на добу протягом 8-15 днів (Пат. № 52177 U, UA, Спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми / Панченко М.В., Панченко О.М., Самофалова М.М. та ін. Опубл.

(19) **UA** (11) **64164** (13) **U**

10.08.2010, бюл. № 15).

Цей спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми є найбільш близьким за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, до того, що заявляється, тому він вибраний за прототип.

Головним недоліком способу-прототипу є те, що не враховується стан чинників, що приймають участь у прискореному апоптозі гангліонарних клітин сітківки, головним з яких є перезбудження глутаматних N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторів, що призводить до розвитку феномену ексайтотоксичності і загибелі клітин (Курышева Н.И. Глаукомная оптическая нейропатия / Н.И.Курышева. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 136 с).

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі поставлено задачу підвищення ефективності лікування первинної відкритокутової глаукоми.

Задачу, поставлену в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування первинної відкритокутової глаукоми, який включає гіпотензивну терапію та призначення Тівортину, згідно з корисною моделлю, додатково призначають Целекоксиб по 200 мг 1 раз на добу перорально.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений синергізмом комплексу, який включає гіпотензивну терапію з одночасним призначенням Тівортину та Целекоксибу. Целекоксиб є селективним інгібітором циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), яка синтезує простагландини, що є посередниками в постсинаптичному каскаді реакції передачі сигналу на NMDA-рецептори та потенціюють глутаматергічну передачу шляхом інгібіції зворотного захвату глутамата астроцитами.

Спосіб лікування первинної відкритокутової глаукоми виконують наступним чином: після постановки клінічного діагнозу і призначення гіпотензивної терапії та Тівортину додатково призначають Целекоксиб по 200 мг 1 раз на добу перорально.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади.

Приклад 1. Хворий Б., 1956 року народження, знаходився на лікуванні в очному відділенні з діагнозом: Глаукома первинна відкритокутова, далекозайшовша стадія, компенсована, артіфакія правого ока, глаукома первинна відкритокутова, розвинена стадія, компенсована, часткова ускладнена катаракта лівого ока.

Захворювання виникло приблизно 3 роки тому. Десять місяців тому оперований з приводу глаукоми та катаракти правого ока, протягом останніх 8 місяців зір значно знизився, особливо в правому оці. Дома закапував в обидва ока Азопт - по 1 краплі 2 рази на добу.

Об'єктивно: Праве око: гострота зору - 0,01 - 0,02 н/к. Око спокійне, положення ІОЛ правильне. Очне дно - диск зорового нерва частково деколорований, глаукоматозна екскавація - 0,9; макулярна зона - без змін.

Внутрішньоочний тиск - 24 мм рт. ст. (за Маклаковим). Статична комп'ютерна периметрія - MD=- 9,87; PSD=6,25.

Ліве око: гострота зору - 0,08-0,09 зі сферою М 2,0 D=0,09 - 0,1. Око спокійне, в кришталику по-

тьмарення в ядрі та задньокапсулярних шарах. Очне дно - диск зорового нерва частково деколорований, глаукоматозна екскавація - 0,8; макулярна зона - без змін. Внутрішньоочний тиск - 24 мм рт. ст. (за Маклаковим). Статична комп'ютерна периметрія - MD=-7,67; PSD=3,42.

Проведено лікування - інстиляції в обидва ока: Азопт - по 1 краплі 2 рази на добу; в ліве око: Квінакс - по 1 краплі 3 рази на добу. Тівортін по 100 мл розчину для ін'єкцій внутрішньовенно крапельно (зі швидкістю 10 крапель за хвилину) 1 раз на добу протягом 5 днів, потім по 5 мл розчину для перорального застосування 3 рази на добу протягом 15 днів. Целекоксиб (Ранселекс) по 200 мг 1 раз на добу перорально.

Після проведеного лікування:

Гострота зору правого ока: - 0,02 н/к. Очне дно - без динаміки. Внутрішньоочний тиск - 22-23 мм рт. ст. (за Маклаковим). Статична комп'ютерна периметрія - MD=-5,25; PSD=5,06.

Ліве око: гострота зору: - 0,09-0,1 зі сферою М 2,0 D=0,1-0,2. Очне дно - без динаміки. Внутрішньоочний тиск - 20-21 мм рт. ст. (за Маклаковим). Статична комп'ютерна периметрія - MD=-6,71; PSD=2,6.

Таким чином, проведене лікування дозволило покращити зорові функції (поле зору) в обох очах.

Приклад 2. Хвора Ш., 1947 року народження, знаходилася на лікуванні в очному відділенні з діагнозом: Глаукома первинна відкритокутова, початкова стадія, компенсована обох очей, початкова вікова катаракта обох очей.

Хворіє глаукомою протягом року, закапувала в обидва ока Азопт - по 1 краплі 2 рази на добу.

Об'єктивно: Праве око: гострота зору - 0,2 зі сферою Н 2,0 D=1,0. Око спокійне, роївка прозора, райдужка субатрофічна, в кришталику початкові потьмарення. Очне дно - диск зорового нерва блідо-рожевий, глаукоматозна екскавація - 0,6; макулярна зона - без змін. Внутрішньоочний тиск - 19 мм рт. ст. (за Гольдманом). Гоніоскопія - кут передньої камери відкритий, середньої ширини, ступінь пігментації І. Статична комп'ютерна периметрія - MD=-2,38; PSD=2,74.

Ліве око: гострота зору - 0,1 зі сферою Н 2,0 D=1,0. Око спокійне, роївка прозора, райдужка субатрофічна, в кришталику початкові потьмарення. Очне дно - диск зорового нерва блідо-рожевий, глаукоматозна екскавація - 0,6; макулярна зона - без змін. Внутрішньоочний тиск - 20 мм рт. ст. (за Гольдманом). Гоніоскопія - кут передньої камери відкритий, середньої ширини, ступінь пігментації І. Статична комп'ютерна периметрія - MD=-2,09; PSD=2,66.

Призначено лікування - інстиляції в обидва ока: Азопт - по 1 краплі 2 рази на добу, Офтанкатахром - по 1 краплі 3 рази на добу. Тівортін по 100 мл розчину для ін'єкцій внутрішньовенно крапельно (зі швидкістю 10 крапель за хвилину) 1 раз на добу протягом 3 днів, потім по 5 мл розчину для перорального застосування 3 рази на добу протягом 15 днів. Целекоксиб (Ранселекс) по 200 мг 1 раз на добу перорально.

Після проведеного лікування:

Гострота зору правого ока: - 0,2 зі сферою Н

2,0 Д=1,0. Очне дно - без динаміки. Внутрішньоочний тиск - 18 мм рт. ст. (за Гольдманом). Статична комп'ютерна периметрія - MD=-0,95; PSD=2,36.

Гострота зору лівого ока: - 0,2 зі сферою Н 2,0 Д=1,0. Очне дно - без динаміки. Внутрішньоочний

тиск - 19 мм рт. ст. (за Гольдманом). Статична комп'ютерна периметрія - MD=-0,34; PSD=1,87.

Таким чином, проведене лікування дозволило покращити зорові функції (поле зору) в обох очах.