

Резюме

Беловол А.Н., Хворостинка В.Н., Бобронникова Л. Р. Особенности формирования нарушений системной гемодинамики и ремоделирования сердца у больных с хроническим холециститом и гипертонической болезнью.

У больных с хроническим холециститом и гипертонической болезнью II стадии установлены нарушения функции расслабления миокарда определяется как особенностями трансмитральной гемодинамики, так и нарушением кислородозависимых метаболических процессов. Установлено наличие патогенетических взаимосвязей между состоянием центральной гемодинамики и кинетикой желчеотделения, которые реализуются на уровне мышечной оболочки ЖП, гладких мышц сосудов и, в целом, путем ремоделирования миокарда левого желудочка. Общим механизмом является, возможно, эндотелиальная дисфункция, которая формируется в условиях метаболических расстройств, что требует фармакотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: хронический холецистит, гипертоническая болезнь, гемодинамика, ремоделирование сердца.

Summary

Bilovol O., Chvorostinka V., Bobronnikova L. The particularities of formation of systemic hemodynamic disturbances and heart remodeling in patients with chronic cholecystitis and hypertension.

At patients with chronic cholecystitis and hypertension II stages are set violations of function of weakening of myocardium, that is demonstrated by particularities transmitral hemodynamic. It is set the pathogenetic intercommunications between condition of central hemodynamic and disturbances of bile kinetics with realization at the level muscles shell of GB smooth muscles of vessels and remodeling of myocardium of left ventricle. It is a general mechanism, possibly, that is endothelial dysfunction which is formed in the conditions of metabolic disorders, that requires pharmacotherapeutic correction.

Key words: chronic cholecystitis, hypertension, hemodynamic, heart remodeling.

УДК 617.721.5-02+617.7-001-089

НОВИЙ СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО МІДРІАЗУ

Л.В.Венгер

Одеський державний медичний університет

Вступ

Тяжкі травми ока, особливо контузії, часто ускладнюються формуванням травматичного мідріазу. Збільшення зіниці після травми, як правило, зумовлено численними надривами та розривами в зіничній частині райдужної оболонки, що супроводжується значним зниженням зору (навіть при збереженні прозорості оптичних середовищ ока), світлобоязню та світлорозсіюванням у зв'язку з порушенням діафрагмальної ролі райдужної оболонки, порушенням гідродинаміки ока.

Травматичний мідріаз є одним з найбільш тяжких пошкоджень райдужної оболонки. Відомі хірургічні лікування травматичного мідріазу 1; 2; 3; 4; 5, що базуються на поодиноких випадках оперативного втручання при цій патології ока. Mc.Kensen та Raptis N. 5 рекомендують накладання декількох стягуючих вузлуватих швів по зіничному краю райдужки. Ця методика доцільна при мідріазі, який обумовлений розривами райдужки в одному чи двох сегментах, коли можливо обмежити операційний розтин, локалізувавши його відповідно до сегменту ураження райдужки, але вона не може бути використана, коли розриви зіниці розташовані в різних або протилежних сегментах, тому що при цьому потрібно декілька рогівкових розтинів. Крім того, зіниця після такої операції має вигляд неправильного багатокутника, а не правильну округлу форму.

Скривниченко З.М. запропонувала методику лікування мідріазу шляхом секторальної іридектомії з наступною шовною фіксацією [2]. На 12 годинах відрізають частину райдужки у вигляді трикутника, поверненого широкою стороною до зіниці. На краї рани райдужки накладають шви, при цьому

залишають периферичну колобому райдужки. Однак, ця операція потребує широкого рогірково-склерального розтину і не забезпечує правильну форму та центральне розташування зіниці після операції.

Цікавий спосіб накладання при мідріазі кругового стягуючого шва на зіницю запропонував Hager H. у 1972 році [4]. Шов накладають на відстані 0,5 - 0,7 мм від зіничного краю райдужки, починаючи з сегменту 12 годин, роблять 9 - 10 дрібних стібків, потім затягують до потрібного діаметра (3 - 3,5 мм) та зав'язують трійним вузлом. Подібна методика дає можливість контролювати ступінь зменшення діаметру зіниці та одержати, розташовану у центрі зіницю круглої форми, навіть при великих ступенях мідріазу. Але ця операція технічно складна, потребує великих рогіркових розтинів, дуже травматична, що приводить до підвищення ризику операційних та післяопераційних ускладнень.

Зв'язок теми з науковими планами, програмами, темами. Робота виконана як фрагмент науково-дослідної роботи кафедри офтальмології Одеського державного медичного університету "Застосування ембріофетальної клітинної трансплантації при запальних і дистрофічних захворюваннях ока" (№ держреєстрації 0103U007952).

Метою роботи було розробити такий метод хірургічного лікування, техніка якого забезпечить низьку травматизацію тканин ока під час операції, дасть можливість контролювати ступінь зменшення діаметру зіниці та сформувати нормальну форму, розміри та центральне розташування зіниці.

Матеріали та методи дослідження

Нами був розроблений новий спосіб хірургічного лікування мідріазу шляхом накладання через проколи в периферичній частині рогірки (без хірургічних розтинів) 3 - 4 швів, які при зав'язуванні перетворюються в один круговий безперервний шов. Така методика дає можливість контролювати ступінь зменшення розміру зіниці при стягуванні шва, забезпечує центральне розташування зіниці та правильну форму в зв'язку з рівномірним натягуванням всієї зіничної частини райдужки, а відсутність великих

рогіркових розтинів обумовлює низьку травматизацію тканин ока під час операції. Одержаний патент України на корисну модель № 34624 "Спосіб хірургічного лікування мідріазу".

Операція здійснюється таким чином (рис.1).

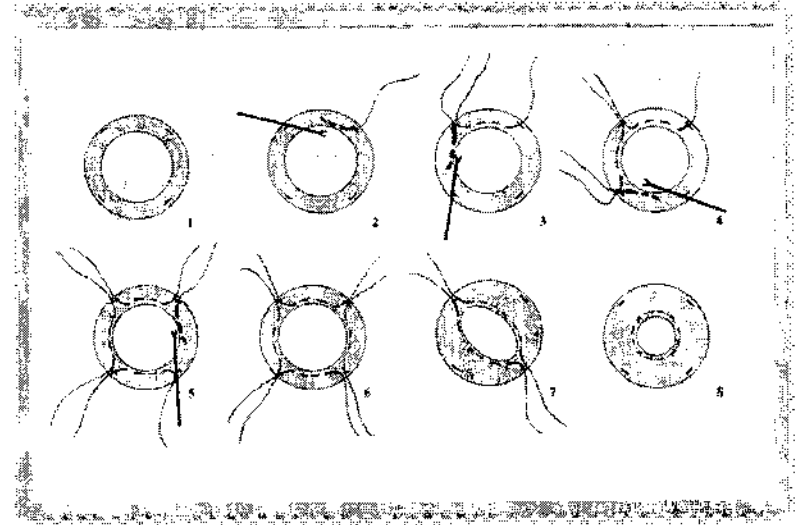


Рисунок 1.

Через периферичну частину рогірки в 3 - 4 секторах (в залежності від ступеню мідріазу) роблять проколи (поз. 1), через які на зіничну частину райдужки бімануально накладають по одному двустебковому шву за допомогою атравматичної голки з нейлоном 10/0 та мікрогачка - для нанизування райдужки на голку (поз. 2 - 5), кінці швів виводять через проколи рогірки (поз. 6) та зав'язують по черзі, спочатку одну пару протилежних швів (поз. 7), а потім - другу пару (поз. 8), при цьому стягуючи повільно зіницю до необхідних розмірів та контролюючи центральне її розташування.

Результати досліджень

Запропонований спосіб хірургічного лікування мідріазу пройшов клінічну апробацію в Одеському Центрі мікрохірургії ока при лікуванні 15 хворих з травматичним мідріазом.

Приклад 1. Хвора П., 12 років. В 6-річному віці одержала

контузію правого ока, лікувалася консервативно. При госпіталізації на правому оці поставлений діагноз: травматичний мідріаз, помутніння в скловидному тілі, амбліопія. Праве око спокійне, рогівка прозора, передня камера нерівномірної глибини, зіниця неправильної форми 9 8 мм, кришталік прозорий, в скловидному тілі помутніння, очне дно в деталях не видно; гострота зору = 0,1, з діафрагмою 0,2; поле зору та ВОР в межах норми. Ліве око здорове, гострота зору = 1,0.

17.04.2005 р. на правому оці проведена операція - хірургічне усунення мідріазу по запропонованій методиці: через 4 проколи в периферичній частині рогівки на 12, 3, 6 та 9 годинах на зіничний край райдужки бімануально накладено по одному двустебковому шву за допомогою атравматичної голки з нейлоном 10/0 та мікрогачка (для нанизування райдужки на голку); кінці швів виведені через проколи рогівки та зав'язані по черзі: спочатку одна пара протилежних швів на 12 та 6 годинах, а потім - друга пара на 3 та 9 годинах, зіницю стягнули повільно до необхідного розміру та центрального розташування. Операція та післяопераційний період пройшли без ускладнень.

Хвора виписана на амбулаторне лікування через 7 днів. Праве око спокійне, на рогівці видні ніжні сліди 4 проколів близько до лімбу. Передня камера глибока, зіниця майже правильної форми, 3,5 мм в діаметрі, кришталік прозорий, у скловидному тілі часткові помутніння, гострота зору підвищилася до 0,3; ВОР - в нормі. Хворий призначено плеоптичне лікування в умовах дитячого кабінету по охороні зору. Через 3 місяці при контрольному обстеженні стан правого ока хороший, зіниця 3 4 мм, овальної форми, гострота зору підвищилась до 0,5 без корекції та діафрагми.

Приклад 2. Хворий В., 27 років, поступив в стаціонар через 2 роки після тупої травми лівого ока з діагнозом: травматичний мідріаз, часткова травматична катаракта. Ліве око спокійне, рогівка прозора, зіниця 8 мм в діаметрі, в центральній частині кришталіка часткове помутніння у вигляді розетки (контузіонна катаракта), деталі очного дна не видно; гострота зору = 0,02, не коригується. Поле зору та ВОР в нормі. Праве око здорове, гострота зору = 1,0.

19.10.2006 р. на лівому оці проведена реконструктивна операція - хірургічне усунення мідріазу, факоемульсифікація травматичної катаракти та імплантація гнучкого кришталіка.

Усунення мідріазу проводилося за запропонованою методикою: через 4 проколи в периферичній частині рогівки на зіничну частину райдужки бімануально було накладено по одному двустебковому шву, кінці яких виведені через проколи. На 10 - 11 годинах зроблений корнеосклеральний тунельний розтин шириною 3 мм, круговий капсулорексіс. Факоаспірація м'якої катаракти. В капсульний мішок введено гнучку ІОЛ AcrySof IQ за допомогою картриджа та інжектора. Кінці заздалегідь накладених на райдужку 4 швів зав'язані послідовно з протилежних сторін при повільному стягуванні зіниці до розмірів 2,5 - 3 мм з контролем щодо центрального її розташування. Аспірація віскоеластика з передньої камери, введення розчину Рінгер-Локка. Гідрогерметизація тунельного розтину та мікропроколів рогівки. Шов на кон'юнктиву, введено 0,3 мл гентаміцину та 0,3 мл дексаметазона під кон'юнктиву. Монокулярна асептична пов'язка.

Через 8 днів після операції хворий виписаний на амбулаторне лікування. Ліве око спокійне, рогівка прозора, зіниця 2,5 мм в діаметрі, ІОЛ в нормальному положенні; очне дно без змін; гострота зору = 0,8, з корекцією sph - 0,5 D = 1,0. Через 3 місяці клінічний стан лівого ока без змін, гострота зору підвищилась до 1,0 без корекції.

Строки віддаленого спостереження за прооперованими хворими - від декількох місяців до 2,5 років. Протягом цього періоду досягнуті результати у всіх хворих залишалися стабільними, зіниця зберігала центральне положення та досягнуті розміри, гострота зору була на високому рівні, а у частини досліджуваних (5 пацієнтів) визначено подальше покращення гостроти зору за рахунок підвищення прозорості середовищ ока.

Висновок

Запропонований спосіб хірургічного лікування мідріазу дозволяє досягти нормальних розмірів зіниці та центрального її положення при будь-якому ступеню мідріазу, знизити ризик

операційних і післяопераційних ускладнень та відновити високі зорові функції за короткий період після операції (4-9 днів), що свідчить про малу травматичність розробленої операції.

Література

1. Венгер Г.Е., Беляева Л.Л. Хирургическое лечение сочетанных повреждений радужной оболочки и хрусталика // *Офтальмологический журнал*. - 1990. - № 5. - С. 267-271.
2. Скрипниченко З.М. Хирургическое лечение травматического мидриаза // *Офтальмологический журнал*. - 1973. - № 7. - С. 549-552.
3. Федоров С.Н., Егорова Э.В., Иоффе Д.И. Пластические операции на радужной оболочке // *Вестник офтальмологии*. - 1974. - № 6. - С. 24-29.
4. Hager H. On some special microsurgical interventions // *Klin. Mbl. Augenheilk.* - 1972. - Bd. 161. - № 3. - S. 265-272.
5. Mackensen G., Raptis N. Erfahrungen mit der Irisnaht // *Klin. Mbl. Augenheilk.* - 1973. - Bd. 162. - № 2. - S. 191-198.

Резюме

Венгер Л.В. Новый способ хирургического лечения травматического мидриаза.

В роботі представлений новий спосіб хірургічного лікування травматичного мідріазу, що здійснюється без хірургічних розрізів, методом закритої іридопластики. Розробленим методом прооперовано 15 хворих з травматичним мідріазом. Проведені дослідження показали, що запропонований спосіб хірургічного усунення мідріазу дозволяє досягнути нормальних розмірів зіниці та центрального її розташування при будь-якій ступені мідріазу, знизити ризик операційних та післяопераційних ускладнень та відновити високі зорові функції за короткий період після операції (4-9 днів), що свідчить про малу травматичність розробленої операції.

Ключові слова: травматичний мідріаз, закрыта іридопластика, хірургічне лікування.

Резюме

Венгер Л.В. Новый способ хирургического лечения травматического мидриаза.

В работе представлен новый способ хирургического лечения травматического мидриаза, осуществляемый без хирургических разрезов, методом закрытой иридопластики. Разработанным методом прооперировано 15 больных с травматическим мидриазом. Проведенные исследования показали, что представляемый способ хирургического уstra-

нения мидриаза позволяет восстановить нормальные размеры зрачка и центральное его расположение при любой степени мидриаза, снизить риск операционных и послеоперационных осложнений и восстановить высокие зрительные функции в короткий период после операции (4-9 дней), что свидетельствует о малой травматичности разработанной операции.

Ключевые слова: травматический мидриаз, закрытая иридопластика, хирургическое лечение.

Summary

Venger L.V. The new method of surgical treatment of traumatic mydriasis.

The new method of surgical treatment of the patients with traumatic mydriasis is presented in this work. The elaborated method is carried out without surgical cut, by means of closed iridoplasty and was applied in 15 patients with traumatic mydriasis. The researches which were carried out, have shown that represented method gives it possible to receive the normal size and central position of the pupil at any degree of mydriasis, to decrease the risk of operative and postoperative complications and to restore the high visual functions in the short period after operation (4-9 days), that testifies to small damage effect of work out operation.

Key words: traumatic mydriasis, closed iridoplasty, surgical treatment.