

УДК 616.147.17-007.64:615.036:615.831.7

ВПЛИВ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАЦІЙ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Б.Б. Жупан, кандидат медичних наук, підполковник медичної служби, начальник клініки офтальмології, Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України

О.В. Тхоревський, майор медичної служби, ординатор клініки НМДІТАР та Д Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України

І.І. Храмов, кандидат медичних наук, майор медичної служби, ординатор клініки офтальмології, Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України

І.Ф. Семенова, лікар клініки офтальмології, Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України

Резюме. *Стаття присвячена впливу метаболічної корекції артеріального тиску на стан офтальмотонусу, зменшення ризику геморагій, поліпшення репаративних процесів у хворих з супутньою серцево-судинною патологією при операціях факоемульсифікації. Під час досліджень показано, що корекція артеріального тиску за допомогою бета-блокаторів та використання антиоксидантів мексикора й емоксипіна у хворих із супутньою гіпертонічною хворобою (ГХ) і ІХС дозволила поліпшити клінічну результативність оперативного втручання при мінімальному ризику виникнення ускладнень.*

Ключові слова: *факоемульсифікація, метаболічна корекція, корекція артеріального тиску, в-блокатори, цитопротектори.*

Вступ. Кількість хворих з віковою катарактою й супутньою серцево-судинною патологією збільшується з кожним роком. Катаракта, є однією з найбільш частих причин зниження зору. На сьогоднішній день, факоемульсифікація є основним методом її хірургічного лікування. Вона дозволяє одержувати позитивні клініко-функціональні результати при найменшому ризику виникнення ускладнень, як під час операції, так і в післяопераційному періоді [2, 3].

Успішно проведена факоемульсифікація залежить від повноцінної корекції офтальмогіпертензії. Максимальне зниження рівня офтальмотонусу призводить до зменшення ризику геморагії з судин райдужки, запальних явищ із боку судинного руслу, прискорення репаративних процесів.

До препаратів, механізм дії яких заснований на поліпшенні відтоку й зниженні продукції камерної вологи, відносять β -блокатори, які широко використовують для медикаментозної корекції артеріального тиску (АТ) та ішемічній хворобі серця (ІХС).

В останні роки в рамках медикаментозної корекції АТ та ІХС усе більше значення надається міокардіальній цитопротекції, згідно рекомендацій Американської асоціації серця і Європейського суспільства кардіологів.

Серед нових міокардіальних цитопротекторів особливий інтерес представляють антиоксиданти-кардіопротектори із групи похідних 3-оксипіридина – Емоксипін і Мексикор, що мають комплексний вплив на основні ланки патогенезу ІХС. Емоксипін також викликає невелике зниження внутрішньо-

очного тиску (ВОТ), підвищує відтік внутрішньоочної рідини, сприяє достовірному розширенню периферійного поля зору. У зв'язку з чим застосування препарату з гіпотензивними засобами доцільно призначати при підвищеному офтальмотонусі [1, 2].

Емоксипін застосовують для лікування субкон'юнктивальних і внутрішньо очних крововиливів, у тому числі у сітківку й склоподібне тіло, при посттравматичних крововиливах, при центральних хоріоретинальних дистрофіях, тромбозі центральної вени сітківки, при ускладненій міопії, ангіосклеротичній макулодистрофії, у післяопераційному періоді у хворих на глаукому при відшаруванні хоріоїдеї.

Метою роботи було вивчення ролі корекції артеріального тиску за допомогою в-блокаторів, застосування антиоксидантів мексікор і емоксипін у хворих із супутньою гіпертонічною хворобою (ГБ) і ІХС при операціях факоемулсифікації.

Матеріал та методи дослідження. Клінічний матеріал базується на результатах обстеження й лікування хворих з катарактою різної етіології, яким проводилось оперативне втручання по видаленню катаракти – факоемулсифікація (ФЕ), що перебували на лікуванні в відділенні офтальмології Головного військового клінічного центру із супутньою ГБ і ІХС.

Нами обстежено 50 хворих, яким виконано операції ФЕ катаракти.

Більшість хворих у віці від 60 років і більше (43 хворих – 66,3 %) з супутніми серцево-судинними захворюваннями. Переважним типом катаракти була ядерна-вікова катаракта (61 %).

Пацієнти з діагностованою чіткою неправильною світлопроекцією не були включені в дане обстеження. Коригована гострота зору (КГЗ) при поступленні в відділення – до 0,7. Ступінь зрілості катаракти оцінювалась на підставі інтенсивності помутніння, виявленого при біомікроскопії й даних КГЗ. Показаннями для проведення операції ФЕ були скарги пацієнтів на зниження гостроти зору, наявність зорового дискомфорту.

Усім пацієнтам операція проводилась при нормальних цифрах ВОТ. Пацієнтам для визначення й уточнення діагнозу, показань і протипоказань до операції, оцінки клініко-функціонального стану проводилося ретельне перед- і післяопераційне обстеження, яке включало традиційні й спеціальні методи (візометрія, офтальмометрія, периметрія, пневмотонометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, ультразвукове А,В-сканування).

ФЕ катаракти проводилася за стандартною методикою з використанням факоемулсифікатора Legasy (Alcon). Усім пацієнтам імплантовані еластичні задньокамерні кришталіки.

Пацієнти були розподілені на 2 групи. Хворим першої групи (n= 30) проводилося оперативне втручання під місцевою анестезією з помірною премедикацією, без інтраопераційної корекції артеріального тиску. Хворим другої групи (n =20) оперативне втручання проводилося з участю анестезіолога під місцевою анестезією з інтраопераційної седацією, корекцією гемодинаміки як на доопераційному етапі, так і післяопераційному етапі. Для корекції гемодинаміки використовували препарати групи β-блокаторів, які призначали у звичайному дозуванні залежно від стану серцево-судинної системи, разом з кардіопротектором мексікором внутрішньовенно в дозі 6-9 мг/кг/добу і емоксипіном шляхом парабульбарного введення (0,5 мл 1% розчину) протягом 1-2 днів до операції для профілактики післяопераційних ускладнень. При недостатній глибині передньої камери (катаракта, що набухає, гіперметропічне око) призначали додатково таблетку диакарбу до операції.

Відмінностей за статтю, віком й наявністю іншої супутньої патології між пацієнтами досліджуваних груп не було.

Систолічний артеріальний тиск (АТс) і діастолічний артеріальний тиск (АТд) визначали за методом Короткова, частоту скорочень серця (ЧСС) – за даними електрокардіограми або ЕКГ монітора «Ютас».

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми MS Excel:

розраховували середні величини й довірчі інтервали, для виявлення статистично значущих відмінностей використовували критерій Стюдента й критерій Вільсона.

Результати дослідження та їх обговорення. Показники гемодинаміки (АТ с і АТ д) у хворих на початку операції, представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Показники системної гемодинаміки у досліджуваних хворих (n=50) на початку операції

Показник	Фізіологічна норма	Група 1 (n=30)	Група 2 (n=20)
АТс, мм рт. ст.	100-139	163,1 ± 4,1	146,2 ± 6,1
АТд, мм рт. ст.	60-89	96,6 ± 2,8	90,3 ± 3,8
Середнє динамічне (АТсд), мм рт. ст.	70-105	118,4 ± 3,0	108,8 ± 4,4
ЧСС в 1 хв	60-90	79,6 ± 4,3	81,6 ± 4,4

У хворих обох груп була виявлена тенденція до підвищення показників артеріального тиску, а в групі хворих з некорегованою гіпертонічною хворобою – спостерігали значне підвищення показників АТ в порівнянні з верхньою межею норми: АДс – на 17,3%, АДд – на 8,5%, АТсд – на 12,8%. При цьому не відмічалось підвищення середнього показника ЧСС.

При застосуванні корегуючої терапії нами чітко відмічено зниження АТ і наступні 3-5 доби після призначення препаратів.

Зниження АТ до нормального рівня при використанні β-блокаторів з кардіопротектором мексікором досягнуто в 17 (85%) хворих.

Показники гемодинаміки під час операції представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Показники гемодинаміки у хворих під час операції

Показник гемодинаміки		Група 1-а (n=30)	Група 2а (n=20)
На столі	АТс, мм рт. ст.	163,1±4,1	146,2±6,1
	АТд, мм рт. ст.	96,6±2,8	90,3±3,8
Під час операції	АТс, мм рт. ст.	70,5±3,8 -173,1±4,1	116,2±6,1-120,2±6,1
	АТд, мм рт. ст.	46,6±2,8 -96,6±2,8	70,3±3,2 -90,3±3,8

Згідно з даними таблиці найбільші коливання гемодинаміки представлені в перших групах, у хворих з некоригованою

гемодинамікою. Характер і частота післяопераційних ускладнень відображені в табл. 3.

Характер і частота ускладнень у ранньому післяопераційному періоді

Ускладнення	Кількість ускладнень	
	Група 1 (n=30)	Група 2 (n=20)
Реактивна гіпертензія	11	2
Локальний набряк рогівки в області тунелю	7	1
Набряк і десцеметит рогівки	8	1
«+» феномен Тиндаля	4	1
Порушення ритму, гіпертонічний криз	3	0
Кістозний макулярний набряк	3	0

У післяопераційному періоді підвищеної уваги вимагають пацієнти з катарактою та цукровим діабетом (зниження репаративних процесів і в'ялопоточні запальні реакції), а також пацієнти із глаукомою (підвищення рівня й частоти післяопераційної офтальмогіпертензії, запальні явища із боку судинного тракту, особливо при попередніх антиглаукомних операціях та при недостатньому мідріазі під час операції). Корекція артеріального тиску за допомогою β -блокаторів, передопераційне використання діакарба, інтраопераційна седация хворих,

використання антиоксидантів мексикора й емоксипіна у хворих із супутньою ГХ і ІХС дозволила поліпшити клінічну результативність оперативного втручання при мінімальному ризику ускладнень.

Висновки

1. Корекція артеріального тиску у хворих із супутньою ГХ і ІХС дозволяє одержувати гарні клініко-функціональні результати при операціях факоемольсифікація.

2. Препаратами вибору являються β -блокатори з використанням антиоксидантів цитопротекторів.

Література

1. Клинический анализ развития помутнения задней капсулы хрусталика в результате ультразвуковой факоэмульсификации у очень пожилых пациентов // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии // Сборник научных статей по мат. 6 Междунар. Науч.-практ. Конф. – М.2005. – С.87 – 94. (Гундорова Р.А., Антонюк С.В., Рамазанова А.М., Рамазанова К.А.).

2. Клинико-функциональные результаты имплантации различных ИОЛ после проведения факоэмульсификации катаракты // «Проблемы современной офтальмологии». // Сборник научных трудов, посвященный 80 – летию Уфимского научно – исследовательского института глазных болезней. – Уфа. 2006. С. – 39. (Антонюк С.В., Шиллер С.И., Мухамедрахимова Л. В.).

3. Оптимизация технологии имплантации эластичных ИОЛ при ФЭ катаракты // Вестник офтальмологии. 2007 - № 6. - С.26 – 29. (Вериго Е.Н.)

4. Шахнович Р.М. Оптимизация энергетического метаболизма у больных ишемической болезнью сердца // Русский медицинский журнал.- 2001.- Т.9.- С. 12-15.

5. Короткоручко А.А., Полук О.А. Анестезия у больных с гипертонической болезнью // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – 1999. - №4. – С. 5-8.

6. Тріщинський А. І. та соавт. Захворювання серцево-судинної системи як фактори ризику периопераційних ускладнень та раптової серцевої смерті // Біль, інтенсивна терапія та знеболювання. – 1999. - №4. – С. 57-59 .

7. Голиков А.П., Полумисков В.Ю., Овчинников В.Л., Давыдов Б.В. Антиоксиданты в патогенетической терапии инфаркта миокарда. // Респ. сб. науч. трудов НИИ СП им.Н.В. Склифосовского. – 1992.- С. 12-23.
8. Лукьянова Л.Д. Метаболические эффекты 3-оксипиридина сукцината. // Хим. фарм. Журнал.- 1990.- 8.- С. 8-11.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 617.52

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТИТАНОВИХ МІНІПЛАСТИН ПРИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ В КЛІНІЦІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ «ГВКГ» МО УКРАЇНИ

І.В.Федірко, підполковник медичної служби, начальник клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військового медичного клінічного центру «ГВКГ»

І.А. Лурін, доктор медичних наук, доцент, полковник медичної служби, заступник начальника Головного військово-медичного клінічного центру – Головний хірург Міністерства оборони України, доцент кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

С.М. Козловський, підполковник медичної служби, старший ординатор клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військового медичного клінічного центру «ГВКГ»

П.А. Шмідт, ординатор клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військового медичного клінічного центру «ГВКГ»

Резюме. В статті висвітлено досвід лікування переломів кісток лицевого черепу 20 хворих, яким було застосовано титанові мініпластини. Результатом використання мініпластин є швидке досягнення функціональних та естетичних показників, а також суттєве скорочення терміну лікування хворих та попередження виникнення ускладнень.

Ключові слова: перелом кісток лицевого скелету, титанові мініпластини, остеосинтез.

Вступ. Кількість випадків травматичних ушкоджень кісток лицевого скелету залишається на високому рівні та складає 3-4% від числа пошкоджень кісток скелету людини. Тому питання їх своєчасної діагностики та правильного лікування залишається актуальним [1, 2, 4].

Метою лікування переломів кісток лицевого скелету є анатомічне та функціонально правильне відновлення (реконструкція) зламаних ділянок та відновлення правильної оклюзії. Естетичні та функціональні результати відновленої анатомічної ділянки лицевого скелету мають однаково важливе значення. Передумовами для

функціональної та анатомічної реконструкції є точна репозиція зміщених фрагментів та їх кінцева фіксація.

Відомо багато способів репозиції та фіксації зламаних фрагментів. Репозиції уламків можна досягти, як шляхом їх одномоментного ручного вправлення (з накладанням шин, лігатурного та міжщелепового зв'язування для їх фіксації), так і поступового вправлення за допомогою апаратів. В окремих випадках для фіксації уламків використовують хірургічний метод з'єднання відламків – остеосинтез. Залежно від пристроїв для його реалізації розрізняють остеосинтез непрямий (позавогнищевий) та прямий (черезвогнищевий) [2, 3, 7].