

2. Поліпшення та нормалізація ДДЛШ у хворих на ГХ при раціонально підібраній терапії корелює з позитивною динамікою клінічного стану хворих і розглядається як вірогідний прогностичний фактор хвороби.

3. Запропонована комбінована терапія (медикаментозний комплекс, преформовані методи лікування, умови денного стаціонару) у хворих із АГ забезпечує оптимальну динаміку захворювання за основними клініко-функціональними параметрами порівняно з традиційними методами лікування, які застосовуються в широкій клінічній практиці.

4. Озоно- та магнітотерапія посилює ефективність антигіпертензивних програм лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Свищенко Е. П., Коваленко В. Н.* Артериальная гипертензия: Практическое руководство / Под ред. В. Н. Коваленко. — К.: Марион, 2001. — 528 с.

2. *Перспективы* медикаментозного лечения эндотелиальной дисфункции / Г. А. Романовская, Е. В. Акатова, Г. Н. Гороховская и др. // *Фарматека*. — 2005. — № 9. — 31-37 с.

3. *Cardiac and vascular remodeling in older adults with borderline isolated systolic hypertension* / R. Pini, M. Chiara Cavallini, Francesca Bencini et al. // *Hypertension*. — 2001. — N 38. — P. 1372.

4. *Parallel cardiac and vascular adaptation in hypertension* / M. J. Roman, P. S. Saba, R. Pini et al. // *Circulation*. — 1992. — Vol. 86. — P. 1909-1918.

5. *Свищенко Е. П., Боброва Е. В.* Современные представления о меха-

низмах развития и функциональных последствиях гипертрофии левого желудочка при артериальной гипертензии // *Укр. кардиол. журнал*. — 1994. — № 3. — С. 100-104.

6. *Рекомендації* української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — К., 2004. — 85 с.

7. *Guidelines committee.* 2003 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertensions*. — 2003. — N 21. — P. 1011-1053.

8. *Пушеницин А. И., Мазур Н. А.* Суточное мониторирование артериального давления. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 216 с.

9. *Blood Pressure Monitoring.* Task force I: Methodological aspects / O. O'Brien, T. G. Pickering, G. A. van Montfrans et al. // *Blood Press Monit.* — 1999. — Vol. 4, N 6. — P. 279-293.

УДК 616.12-008.331.1:616.124.2-008.]-036

В. К. Кротенко

ЗНАЧЕННЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПРОГНОЗІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Вивчено вплив комплексної терапії (медикаментозна, преформовані методи, умови денного стаціонару) на перебіг гіпертонічної хвороби I, II ступеня, м'якої та помірної форм. Досліджено показники діастолічної дисфункції ЛШ методом ультразвукових і доплерівських вимірювань, динаміку добових коливань АТ при проведенні ДМАТ, простежені кореляційні зв'язки отриманих даних із клінічними ознаками хвороби. Встановлено, що перманентні курси лікування в денному стаціонарі у поєднанні з медикаментозною, озоно- та магнітотерапією більш ефективні, ніж традиційні методи лікування гіпертензивної популяції.

Ключові слова: діастолічна функція, озонотерапія, денний стаціонар.

UDC 616.12-008.331.1:616.124.2-008.]-036

V. K. Krotenko

IMPORTANCE OF DIASTOLIC DYSFUNCTION OF LEFT VENTRICLE OF HEART IN PROGNOSIS OF ARTERIAL HYPERTENSION

Influence of complex therapy (drug treatment, physical methods, conditions of a daytime hospital) on the course of arterial hypertension (AH) I, II degrees, mild and moderate forms is studied. It was investigated the dynamics of the parameters of diastolic dysfunction of left ventricle of heart (LV) by the method of ultrasound and doppler measurement, daily fluctuations of the arterial pressure (AP) are investigated at 24-hour monitoring of AP, correlating interrelations of the obtained data with clinical signs of the disease are studied. It is established that permanent treatment in the day time hospital combined with of complex therapy (medicamentous, ozono-, magnetotherapy) is much more effective than an isolated traditional drug treatment therapy.

Key words: diastolic dysfunction, ozonotherapy, daytime hospital.

УДК 617.764.6-002-036.12-084

В. Б. Лищенко, канд. мед. наук

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА РЕОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДАКРИОЦИСТИТЕ

Институт глазных болезней и тканевой терапии им. акад. В. П. Филатова АМН Украины, Одесса

В настоящее время патология слезоотводящих путей довольно распространена. От 6,2 до 10 % больных, обратившихся к врачу-офтальмологу, страдают заболеваниями слезоотводящей

системы, а 2 % нуждаются в оперативном лечении — дакриоцисториностомии [1]. Основной способ восстановления проходимости слезоотводящих путей при хроническом дакриоцис-

тите — дакриоцисториностомия, т. е. наложение искусственного соустья между слезным мешком и полостью носа. Однако рецидивы заболевания наблюдаются в 13–42 % случа-

ев [7; 9; 10]. Мы решили провести анализ причин рецидивов хронических дакриоциститов, а также оптимизировать методику реопераций.

Цель исследования — повысить эффективность лечения больных с дакриоциститом путем профилактики рецидивов сформированного анастомоза между слезным мешком и слизистой оболочкой носа.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы причины рецидивов хронических дакриоциститов у 21 больного (в 14 случаях посттравматического генеза), которым ранее была выполнена дакриоцистириностомия, причем 19 больным операции ранее были проведены в других лечебных учреждениях. Возраст больных составлял от 19 до 55 лет. Под наблюдением находилось 9 мужчин, 12 женщин. В 15 случаях больные были оперированы по поводу травматического дакриоцистита. Предоперационная подготовка была направлена на устранение острых проявлений дакриоцистита. Пациентам осуществляли традиционные консервативные мероприятия с включением антибиотикотерапии, а также в комплекс лечения добавляли инфузии ПТФ (0,2 г в/в ежедневно на протяжении 5 дней) [11]. Кроме того, для коррекции обмена аминокислот применяли в течение аналогичного периода времени состав «Инфезол 40» («Berlin Chemie AG», Германия) [8] из расчета 1,0 г аминокислот (25–50 мл препарата) на 10 кг массы тела в сутки. В послеоперационном периоде также осуществляли применение как традиционного, так и комплексного разработанного лечения.

Всем больным проведены стандартные методы обследования, сделаны цветные пробы для определения активной проходимости слезоотводящих путей, а также осуществлено интраоперационное исследова-

ние в области бывшего операционного вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение

Всем больным (21 случай) была проведена реоперация по предложенной нами методике: формирование костного окна [3], а затем анастомоза между слизистой оболочкой носа и слезным мешком [4], а также использование предложенного дренажа для дренирования сформированного соустья [5; 6]. Разрез мягких тканей нами выполнялся по старому рубцу с использованием предложенного доступа к области слезного мешка и слизистой оболочки носа [2].

При интраоперационном обследовании риностомы установлено, что у 15 пациентов причиной рецидива заболевания было неправильно сформированное костное отверстие в боковой стенке носа. Как правило, оно располагалось несколько кпереди и кверху от оптимально необходимого местоположения. У 5 пациентов стенки сформированного соустья были частично соединены (имело место заращение). Возможно, причина кроется в том, что при травматических дакриоциститах из-за грубых рубцовых изменений тканей, а также в результате смещения слезного мешка кзади кнаружи и рубцовой его деформации диаметр сформированного соустья оказался недостаточным. Можно отметить несколько причин, которые привели к рецидиву заболевания: образование малых размеров отверстия в кости, неправильное его расположение, недостаточное разобщение стенок соустья, а также не проводимое дренирование сформированного соустья.

Выбор методики и техники реоперации зависел от причины, обусловившей рецидив заболевания, от состояния слезного мешка, степени и характера рубцовых изменений слезного мешка и слизистой оболочки носа.

Редакриоцистириностомия была выполнена у всех больных. Рассечение мягких тканей выполняли по старому рубцу с использованием ломанного разреза [2]. Наш опыт проведения дакриоцистириностомии свидетельствует о преимуществах ломанного разреза над линейным, так как он дает возможность бережного натяжения тканей во время оперативного вмешательства, а также обеспечивает достаточный доступ к слезному мешку при относительно небольшой длине. Использование усовершенствованного способа формирования костного окна позволило щадяще реформировать отверстия в кости до нужных размеров, сохранив неповрежденной слизистую оболочку носа. Главные требования к размерам и расположению костного отверстия заключаются в том, чтобы нижний край достигал места перехода слезного мешка в слезно-носовую канал, задний край доходил до слезного заднего гребешка, а верхний — на 3 мм выше уровня впадения устья слезных канальцев в слезный мешок. Этим требованиям отвечает предложенная нами трапециевидная форма отверстия с закругленными углами [3].

Во время реоперации использовали предложенные нами дренажи. У 13 больных нам удалось сформировать соустье между слезным мешком и слизистой носа с четырьмя стенками [4]. При шовном формировании соустья использовали дренаж в виде колпачка-фиксатора. Сущность его заключается в том, что в области риностомы предложенный дренаж может изменять свой диаметр, надежно фиксироваться, не нарушая эпителизацию соустья, способствует правильному его формированию.

В восьми случаях формирование анастомоза было бесшовным. При этом использовали дренаж колпачок-гантель. Целесообразность предложенной методики заключается в том,

что при наружной дакриоцисториностомии, когда невозможно сформировать стенки риностомы или формируют стенки не в полном объеме, имплантат гантель-фиксатор, изготовленный из резинового колпачка глазной пипетки, может изменять свой объем за счет заполнения ее через силиконовую трубку воздухом или жидкостью. Поэтому форма и размеры его постоянно хорошо адаптированы к размерам соустья, а полушарие, которое находится в пространстве носовой полости, не дает возможности фиксатору двигаться (выпасть) и обеспечивает продолжительное время прижатия слизистой анастомоза к костному краю окна.

Это позволило максимально мобилизовать измененные ткани и увеличить площадь эпителизированной поверхности в зоне риностомы, что положительным образом сказалось на результатах реопераций.

Выздоровление устанавливалось при отсутствии жалоб на слезотечение и гнойное отделяемое, при положительной носовой пробе на первых минутах и свободном прохождении жидкости при промывании.

Улучшение характеризовалось отрицательной или резко замедленной носовой пробой, но имеющейся пассивной проходимостью при промывании слезных путей.

При осмотре через 10 дней выздоровление отмечалось в 81,0 % случаев, улучшение установлено в 19,0 % случаев (у 4 больных). Рецидивы непроходимости с развитием дакриоцис-

тита в ранний послеоперационный период не отмечались.

Выводы

1. Основными причинами рецидивов хронического дакриоцистита после ранее проведенных операций является образование малых размеров костного окна, неправильное его расположение, а также использование бесшовной методики формирования соустья.

2. Дренирование соустья — обязательное условие успешного хирургического лечения хронических дакриоциститов, а также тампонада соустья временными дренажами в виде колпачка-фиксатора и колпачка-гантели, лучше всего адаптированными к разным размерам сформированного анастомоза.

3. Предложенная методика и техника операций позволяет добиться выздоровления у 81 % пациентов и улучшения в 19 % случаев у больных с рецидивами хронических дакриоциститов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боштян В. Е., Пахомова А. И. Восстановление слезоотведения при заращении слезоотводящих путей. — Кишинев, 1974. — С. 11-16.

2. Деклар. патент України № 38231 А А61В17/00 Спосіб доступу до ділянки слізного мішка і слизової носа при зовнішній дакриоцисториностомії / Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю., Ліщенко Б. М.; ОДМУ. Заявл. 09.06.2000; опубл. 15.05.2001. Бюл. № 4.

3. Деклар. патент України № 61211 А А61F2/18 Спосіб формування кісткового доступу при зовнішній дакриоцисториностомії / Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю., Ліщенко Б. М.; ОДМУ. Заявл. 29.07.2002; опубл. 17.11.2003. Бюл. № 11.

4. Деклар. патент України № 56699 А А61В17/00 А61F2/18 Спосіб формування анастомозу між слізним мішком і слизовою носа при зовнішній дакриоцисториностомії / Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю., Лоза О. В., Ліщенко Б. М.; ОДМУ. Заявл. 19.08.2002; опубл. 15.05.2003. Бюл. № 5.

5. Деклар. патент України № 60446 А А61В17/00 А61F2/18 Пристрій для профілактики рецидивів непрохідності сформованого анастомозу при найбільш складних випадках дакриоцисториностомії / Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю., Лоза О. В., Ліщенко Б. М.; ОДМУ. Заявл. 29.07.2002; опубл. 15.10.2003. Бюл. № 10.

6. Деклар. патент України № 63835 А А61В17/00 А61F2/18 Приладдя для профілактики непрохідності сформованого анастомозу між слізним мішком та слизовою носа при зовнішній дакриоцисториностомії / Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю., Ліщенко Б. М., Танасієвський М. М.; ОДМУ. Заявл. 04.09.2003; опубл. 15.01.2004. Бюл. № 1.

7. Малиновский Г. Ф. Современные аспекты реабилитации больных со сложной и сочетанной патологией слезоотводящих путей // Белорусский офтальмол. журнал. — 2005. — № 1. — С. 29-33.

8. Шишлов В. И. Парентеральное питание в комплексном лечении осложненного хронического панкреатита у работников морского транспорта: анализ течения послеоперационного периода // Наук. вісник Ужгородського ун-ту. Серія: Медицина. — 1999. — Вип. 10. — С. 232-233.

9. Amin M., Moseley J. F., Rose G. E. The value of intubation dacryocystography // Br. J. Radiol. — 2000. — Jun. — Vol. 73 (870). — P. 604-607.

10. Hammer — chisel technique in endoscopic dacryocystorhinostomy / Y. Cokkeser, C. Evereklioglu, M. Tercan, I. F. Hepsen // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. — 2003. — Vol. 112 (5). — P. 444-449.

11. Pentoxifyllin inhibits lipopolysaccharide-induced serum tumor necrosis factor and mortality / P. Noel, S. Nelson, R. Bokulic et al. // Life Sci. — 1990. — Vol. 47. — P. 1023-1029.

UDC 617.764.6-002-036.12-084

В. Б. Лищенко

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА РЕОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДАКРИОЦИСТИТЕ

В статье рассмотрены вопросы профилактики рецидивов во время хирургического вмешательства при внешней дакриоцисториностомии путем временного введения в просвет соустья дренажа, форма и размеры которого хорошо адаптированы к размерам риностомы, что предупреждает соприкосновение и заращение краев соустья, а также обеспечивает высокие функциональные результаты, выздоровление в 81,0 % случаев.

Ключевые слова: дакриоцистит, дакриоцисториностомия, соустье, слезный мешок, слизистая оболочка носа.

UDC 617.764.6-002-036.12-084

V. B. Lishchenko

METHOD AND TECHNIQUE OF REOPERATIONS WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS

The questions of prophylaxis of relapses at surgical interference with external dacryocystorhinostomy by the way of drainage temporal introduction into the anastomosis lumen are highlighted in the article. The drainage's form and size are well adapted to the sizes of rhinostome, which prevents the collapse of anastomosis edges, as well as provides high functional results, recovery in 81,0 %.

Key words: dacryocystitis, dacryocystorhinostomy, anastomosis, lacrimal sac, nasal mucosa.