

в ожоговом отделении Винницкой областной клинической больницы имени Н.И. Пирогова. Установлено прямую зависимость эффективности лечения больных с ожогами от быстрой нейтрализации экзо-, эндогенного факторов поражения и раннего хирургического лечения в сочетании с интенсивной инфузионно-трансфузионной терапией.

Ключевые слова: ожоги, нейтрализация, ранняя некрэктомия, ксенодермоимплантаты, биогальванизация.

Nagaichuk V.I., Khimich S.D., Zheliba M.D., Zhuchenko O.P., Povoroznik A.M., Prisyazhnyuk M.B., Zelenko V.O., Girnik I.S., Chornopyschuk R.M.

MODERN TECHNOLOGIES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CRITICAL AND SUPERCRITICAL BURNS

Summary. We have studied and analyzed the results of treatment of 376 patients with burns treated at a burn unit of Vinnytsia M.I. Pirogov Regional Clinical Hospital. We have established direct relationship between treatment efficiency and quick neutralization of exogenous and endogenous factors as well as early surgical treatment accompanied by intensive infusion-transfusion therapy.

Key words: burns, neutralization, early necrectomy, xenodermoimplants, bio galvanization.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринський В.О.

Стаття надійшла до друку 22.06.2017р.

Нагайчук Василь Іванович - д.мед.н., проф. кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, зав. опікового відділення ВОКЛ ім. М. І. Пирогова; +38(097)5091801; vinnitsa_opik_17@ukr.net

Хімич Сергій Дмитрович - д.мед.н., проф., зав. кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(0432)570360; s-khimich@ukr.net

Желіба Микола Дмитрович - д.мед.н., проф. кафедри загальної хірургії ВНМУ імені М.І. Пирогова, m.d.zheliba@rambler.ru, +38(043)570360

Жученко Олександр Петрович - д.мед.н., проф. кафедри загальної хірургії ВНМУ імені М.І. Пирогова, olexandr.zhuchenko@gmail.com, +38(043)570360

Поворозник Андрій Миколайович - к.мед.н., ас. кафедри загальної хірургії ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38(0432)562374; vinnitsa_opik_17@ukr.net

Присяжнюк Михайло Борисович - лікар опікового відділення ВОКЛ імені М.І. Пирогова; +38(0432)562374; vinnitsa_opik_17@ukr.net

Зеленько Володимир Олександрович - лікар опікового відділення ВОКЛ імені М.І. Пирогова; +38(0432)562374; vinnitsa_opik_17@ukr.net

Гірник Ігор Степанович - лікар опікового відділення ВОКЛ імені М.І. Пирогова; +38(0432)562374; vinnitsa_opik_17@ukr.net

Чорнопищук Роман Миколайович - к.мед.н., ас. кафедри загальної хірургії ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38(0432)562374; vinnitsa_opik_17@ukr.net

© Капшук Н.І., Христинич Л.А.

УДК: 617-007.681-089

Капшук Н.І., Христинич Л.А.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТРАБЕКТОМІЇ АВ ІНТЕРНО

Резюме. У роботі представлено ефективність застосування трабектомії *ab interno* у пацієнтів з відкритокутовою глаукомою різних стадій. За результатами нашого дослідження встановлено, що використання малоінвазивної хірургії глаукоми забезпечує стабільне зниження внутрішньоочного тиску (ВОТ) протягом 6 місяців після операції. Так, у 15 пацієнтів з відкритокутовою глаукомою різних стадій (65-7 років) було отримано статистично значиму різницю між показниками ВОТ до та в різні періоди після проведення трабектомії *ab interno* ($p=0,0001$). Отримані результати свідчать, що трабектомія *ab interno* є ефективним і безпечним методом зниження ВОТ та володіє низкою переваг перед фільтруючими операціями.

Ключові слова: трабектомія, глаукома.

Вступ

За літературними даними в основі патогенезу первинної відкритокутової глаукоми є функціональна блокада склерального синусу [1]. Безпосередня причина погіршення відтоку внутрішньоочної рідини полягає в трабекулопатії, яка обумовлює зниження фільтруючої функції трабекулярної діафрагми. Вважається, що трабекулярна сітка, зокрема юстаканалікулярна частина, яка безпосередньо межує з ендотелієм Шлеммового каналу, складає основний опір відтоку внутрішньоочної рідини [2].

Сучасне ведення відкритокутової глаукоми спрямоване на зниження внутрішньоочного тиску (ВОТ) як фармакологічним, так і лазерним або хірургічним шляхами. Незважаючи на значні успіхи в лікуванні глаукоми, дана патологія і досі актуальна. Високий рівень інвалідизації та швидкий розвиток слабкості і сліпоти серед глаукомних хворих підтримує постійну зацікавленість офтальмологів щодо вирішення цієї проблеми.

Відомо, що хірургічне лікування глаукоми забезпечує довготривалий ефект зниження ВОТ, без його до-

бових коливань, і підвищує якість життя пацієнтів, позбавляючи необхідності постійного закапування гіпотензивних крапель [10]. Даний метод лікування дозволяє попередити або сповільнити прогресування глаукомної оптикопатії.

Протягом тривалого часу основний принцип антиглаукоматозних операцій був спрямований на створення штучної фістули в обхід природніх шляхів відтоку внутрішньоочної рідини - трабекулоектомія [3]. Операції такого гатунку в 85 % випадків достатньо ефективно знижують ВОТ в термін до 2 років [12]. Однак даний вид операції супроводжується досить великою кількістю інтра- та післяопераційних ускладнень, серед яких виражена гіпотонія, цілю-хоріоїдальне відшарування, гіфема, супрахоріоїдальна кровотеча, формування кістозної фільтраційної подушки, розвиток і прогресування катаракти, інфекційні ускладнення [4, 11].

З появою нових малоінвазивних технологій хірургії глаукоми з'явилась можливість зменшити кількість ускладнень та скоротити тривалість післяопераційного періоду. Дана група операцій спрямована на покращення відтоку внутрішньоочної рідини природнім шляхом з імплантацією в дренажну зону різних пристроїв - iStent, Hydrus, XEN, CyPass, а також абляції трабекулярної зони - трабектомія *ab interno* [4, 5, 6].

В основі трабектомії *ab interno* лежить покращення відтоку внутрішньоочної рідини шляхом дезінтеграції першого опору на шляху відтоку - трабекулярної сітки, а також внутрішньої стінки Шлеммового каналу. З практичної точки зору операція базується на електрохірургічній абляції трабекулярної тканини, тобто розкритті склерального синусу з боку передньої камери та збереженні його відкритим за рахунок видалення найбільш резистентної зони.

Обов'язковою умовою проведення даного виду оперативного втручання є попереднє визначення рівня ретенції та прохідності колекторних каналів та водянистих вен. З цього приводу найбільшу цінність представляє феномен ретроградного заповнення (ФРЗ) Шлеммового каналу кров'ю, для дослідження якого пропонували різні методики [7]. Викликати ФРЗ склеральному синусу можна змінивши співвідношення градієнту тиску між епісклеральними венами і передньою камерою ока [7, 8, 9]. Найбільш простим способом визначення рівня ретенції є компресійна гоніоскопія, а позитивний ФРЗ Шлеммового каналу кров'ю показує з високою достовірністю на трабекулярну ретенцію.

Мета роботи - визначити ефективність застосування трабекулоектомії *ab interno* у пацієнтів з відкритокутовою глаукомою різних стадій.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилось 15 пацієнтів (15 очей) з відкритокутовою глаукомою. Середній вік складав 65,7 років, 11 чоловіків, 4 жінки. За стадіями глаукоми хворі розподілились наступним чином: I ст. -



Рис. 1. Інтраопераційне фото. Електрохірургічна абляція трабекулярної зони за допомогою накінецьника трабектома. 2 ока, II ст. - 6 очей, III ст. - 7 очей. Вихідний рівень ВОТ при дотриманні режиму закапування гіпотензивних крапель становив $26,27 \pm 4,91$ мм рт. ст. Передопераційне обстеження пацієнтів включало стандартні та спеціальні методи дослідження: візіометрію, вимірювання ВОТ, статичну і кінетичну периметрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, гоніоскопію, оптичну когерентну томографію диску зорового нерва та оптичну біометрію. Термін спостереження - 6 місяців. При гоніоскопії оцінювалась ступінь пігментації трабекулярної зони, наявність ексфоляцій та проба з ретроградним заповненням кров'ю Шлеммового каналу. ФРЗ склерального синусу додатково оцінювався інтраопераційно після вскривання передньої камери і відповідно індукції короткотривалої гіпотонії під контролем операційної гоніолінзи.

Оперативне лікування проводилось під місцевою епібульбарною анестезією. Усім хворим була проведена електрохірургічна абляція трабекулярної зони - трабектомія *ab interno*, яка реалізована в машині Trabectom фірми Neomedix США. Для повноцінної візуалізації структур кута передньої камери операційний мікроскоп підлаштували під спеціальним нахилом - 45 до зони оперативного втручання. В темпоральній зоні виконувався рогівковий тунельний розтин 1,8 мм з послідуною інтракамерною анестезією. Для забезпечення огляду назальної частини дренажної системи на рогівку встановлювали пряму гоніолінзу, після чого в передню камеру вводився накінецьник трабектома і проводилась високочастотна абляція - 0,8 W трабекулярної тканини в межах 180°. В 5-ти випадках дана операція була доповнена факоемульсифікацією катаракти з імплантацією ІОЛ, у 2-х випадках втручання проводилось на артіфакічному оці. Операція закінчувалась герметизацією рогівкового розтину шляхом стромальної інфузії розчину ВСС.

Операції та післяопераційний період протікали без ускладнень. У 3 випадках спостерігалась гіфема, що не вимагала додаткового лікування та розсмоктувалась на наступний день. У післяопераційному періоді пацієнти отримували антибактеріальні краплі, нестероїдні протизапальні препарати та пілокарпін.

Результати. Обговорення

Статистичний аналіз показав, що ВОТ в 1-ий день після оперативного втручання знизився на 42,28 % від вихідного і становив 13,0±3,19 мм рт. ст., через 1 тиждень - відповідно на 41,6 % і дорівнював 16,2±3,77 мм рт. ст. Через 1 місяць середнє значення ВОТ досліджуваної групи хворих становило 17,7±2,44 мм рт. ст., що на 32,97 % менше від вихідного рівня. Через 6 місяців показник ВОТ становив 17,3±3,11 мм рт. ст. що на 33,65 % нижче від початкового рівня ВОТ.

Таким чином, протягом всього періоду спостереження відмічено статистично значиму різницю між показниками ВОТ у хворих з відкритокутовою глаукомою до та в різні періоди після проведення трабекомії *ab interno* (p=0,0001).

Отримані результати відображені в таблиці 1.

Результати динаміки ВОТ зображені на рисунку 2.

Таким чином, результати клінічного дослідження показують, що трабекомія *ab interno* є щадним та малоінвазивним методом оперативного лікування відкритокутової глаукоми, що дозволяє уникнути ускладнень, характерних для фільтраційної хірургії глаукоми та досягти більш високих показників реабілітації зору в післяопераційному періоді.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання малоінвазивної хірургії глаукоми забезпечує стабільне зниження ВОТ в межах 35-42 % від вихідного рівня протягом 6 місяців після операції.

2. Отримані результати свідчать, що трабекомія *ab interno* є ефективним і безпечним методом і володіє низкою переваг перед фільтруючими операціями зав-

Таблиця 1. Рівень ВОТ у хворих з відкритокутовою глаукомою в різні періоди після проведення трабекомії *ab interno*.

Термін спостереження	Рівень ВОТ - M (SD)	% зниження ВОТ	p
1 день	13,0 (3,19)	42,28	0,0001
1 тиждень	16,2 (3,77)	41,6	0,0002
1 місяць	17,7 (2,44)	32,97	0,01
6 місяців	17,3 (3,11)	33,65	0,01

Примітка. p - рівень достовірності.



Рис. 2. Динаміка ВОТ в післяопераційному періоді.

дяки своїй вибірковій можливості впливати на трабекулярну зону ретенції. Це забезпечує більшу фізіологічність втручання, її безпечність та малотравматичність, що відображається на скороченні періоду реабілітації, відсутності косметичних дефектів та, як результат, стабілізації глаукомного процесу.

Перспективою подальших розробок є оцінка гіпотензивного ефекту в віддаленому післяопераційному періоді і при комбінованих втручаннях.

Список посилань

1. Нестеров, А. П., Бунин, А. Я. & Кацнельсон, Л. А. (1974). *Внутриглазное давление. Физиология и патология.* Москва: Наука.
2. Томилова, Е. В., Хижняк, И. В. & Шушаев, С. В. (2014). *Гипотензивный эффект трабекулотомии ab interno, выполненной одновременно с фактоэмульсификацией катаракты.* Современная технология в офтальмологии. 3, 100-103.
3. Cairns, J. E. (1968). Trabeculectomy. Preliminary report of a new method. *American Journal of Ophthalmology*, 66 (4), 673-9.
4. Fea, A. M. (2010). Phacoemulsification with micro-bypass stent implantation in primary open-angle glaucoma: randomized double-masked clinical trial. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 36 (3), 407-412.
5. Francis, B. (2011). Trabectome combined with phacoemulsification versus phacoemulsification alone: a prospective, non-randomized controlled surgical trial. *Clinical and Surgical Journal of Ophthalmology*, 118 (3), 459-467.
6. Grieshaber, M. C., Grieshaber, H. R. & Stegmann, R. (2016). A New Expander for Schlemm Canal Surgery in Primary Open-angle Glaucoma-Interim Clinical Results. *Journal of glaucoma*, 25, 657-662.
7. Grieshaber, M. C., Pienaar, A. & Olivier, J. (2010). Clinical Evaluation of the Aqueous Outflow System in Primary Open-Angle Glaucoma for Canaloplasty. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 51 (3), 1498-1504.
8. Linner, E. (1989). Aqueous humor outflow pathways following trabeculectomy in patients with glaucoma (in German). *Klin. Monatsbl. Augenheilkd.*, 195, 291-293.
9. Namba, H. (1983). Blood reflux into anterior chamber after trabeculectomy. *Jpn. J. Ophthalmol.*, 27, 616-625.
10. Wilensky, J. T., Zeimer, R. C., Gieser, D. K. & Kaplan, B. H. (1994). The effects of glaucoma filtering surgery on the variability of diurnal intraocular pressure. *Trans. Am. Ophthalmol. Soc.*, 92, 377-383.
11. Wilmsmeyer, S., Philipppin, H. & Funk, J. (2006). Excimer laser trabeculectomy: a new, minimally invasive procedure for patients with glaucoma. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 244 (6), 670-676.
12. WuDunn, D. A., Cantor, L. B., Palanca-Capistrano, A. M., Hoop, J., Alvi, N. P., Finley, C. ... Knotts, S. L. (2002). A prospective randomized trial comparing intraoperative 5-fluorouracil vs mitomycin C in primary trabeculectomy. *Am. J. Ophthalmol.*, 134 (4), 521-28.

Капшук Н.И., Христич Л.А.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАБЕКТОМИИ АВ ИНТЕРНО

Резюме. В работе представлено эффективность применения трабекомии *ab interno* у пациентов с открытоугольной глаукомой различных стадий. По результатам нашего исследования установлено, что использование малоинвазивной

хирургии глаукомы обеспечивает стабильное снижение внутриглазного давления (ВГД) в течение 6 месяцев после операции. Так, у 15 пациентов с открытоугольной глаукомой различных стадий (65 7 лет) было получено статистически значимую разницу между показателями ВГД до и в различные периоды после проведения трабектомии ab interno ($p=0,0001$). Полученные результаты свидетельствуют, что трабектомиа ab interno является эффективным и безопасным методом снижения ВГД и обладает рядом преимуществ перед фильтрующими операциями.

Ключевые слова: трабектомиа, глаукома.

Kapshuk N.I., Khrystych L.A.

PRELIMINARY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA AFTER TRABECTOMY AB INTERNO

Summary. In the article we present the effectiveness of the trabectomy ab interno in patients with various stages of open-angle glaucoma. According to the results of our study, it is established that the use of minimally invasive glaucoma surgery ensures a stable decrease in intraocular pressure (IOP) level within 6 months after the operation. Thus, in 15 patients with various stages of open-angle glaucoma (65 7 years), using parametric analysis of dependent groups we obtained a statistically significant difference between the IOP level before and at different periods after trabectomy ab interno ($p=0,0001$). So, the obtained results testify that trabectomy ab interno is an effective and safe method of reducing IOP level and has several advantages over filtering operations.

Key words: trabectomy, glaucoma.

Рецензент - д.м.н., проф. Дмитрієв С.К.

Стаття надійшла до редакції 01.08.2017 р.

Капшук Наталія Іванівна - к.м.н., зав. відділення м/х ока ВОКЛ ім. М.І. Пирогова; +38(097)3530338; kapshuknata@gmail.com
Христинч Лєся Анатоліївна - лікар-інтерн, відділення м/х ока ВОКЛ ім. М.І. Пирогова; +38(093)9056068; lolawow1234@gmail.com

© Назарова М.С., Станіславчук М.А., Бурдейна Л.В., Шершун С.В., Мазорчук Ю.М., Щугарева Н.В.

УДК: [616.12-005.4+616.127-004-055.1]:159.9

Назарова М.С.¹, Станіславчук М.А.¹, Бурдейна Л.В.¹, Мазорчук Ю.М.², Щугарева Н.В.²

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1¹ (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, кардіологічне відділення² (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ОПИТУВАЛЬНИКІВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПАТЕРНУ ХВОРИХ ІХС ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

Резюме. Останнім часом широко використовуються опитувальники оцінки якості життя (ЯЖ) для вивчення ступеню важкості серцево-судинних захворювань та результатів лікування хворих. У статті представлені результати дослідження, проведеного з метою вивчення доцільності використання сучасних опитувальників для повноти розуміння клініко-психологічної характеристики хворих чоловічої статі на ішемічну хворобу серця (ІХС) із післяінфарктним кардіосклерозом. При вивченні ефективності лікування пацієнтів головною ціллю є збільшення тривалості життя, а оцінка динаміки ЯЖ є не менш важливою додатковою ціллю особливо для молодих та людей середнього віку.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, післяінфарктний кардіосклероз, якість життя.

Вступ

Серцево-судинні захворювання - це головна демографічна загроза, що зумовлює значні економічні втрати. Серед 10 провідних причин смерті у світі перше місце посідає ІХС [5]. В розвинутих країнах світу питома вага смертності від ІХС складає близько 30 %. В країнах західної Європи, США, Канаді та Австралії протягом останніх десятиліть намітилась стійка тенденція до зниження смертності від ІХС, що різко відрізняється від ситуації в Україні, де абсолютні величини найвищі у Європі. На Україні летальність від ІХС у 5-8 разів вища, ніж у Франції та Італії [6]. Питома вага працездатного населення у структурі поширеності й захворюваності ІХС серед усіх дорослих становить відповідно 28,9 і 43,9 % [2, 3, 4].

ІХС негативно впливає на ЯЖ. Дослідження впливу ІХС на ЯЖ базується на аналізі самостійної оцінки паці-

єнтом обмежень, які обумовлені захворюванням. Основним інструментом для отримання таких даних є анкетування пацієнта за допомогою стандартних опитувальників [1].

Матеріали та методи

Для вирішення поставлених задач нами було обстежено 50 хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом чоловічої статі. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні та під наглядом у поліклінічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова протягом 2013-2015 років. Групу порівняння склали 25 практично здорових осіб чоловічої статі, причому основна група і група порівняння були тотожними за віковими та соціально-медичними характеристиками. Діагноз було верифіко-