

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ

За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука

Чернівці, 2012

Пикалюк В.С., Гасанова И.Х., Костов А.М. Морфофункціональні особливості окремих органів і систем при експериментальній ожоговій хворобі.....	145
Пишак В.П. Десинхронізм як проявлення нейрогуморальної дисрегуляції шишковидної залози.....	146
Піскун Р.П., Ромашкіна О.А. Аналіз морфометричних параметрів малих артерій нирок при експериментальному атеросклерозі.....	152
Пишак В.П., Кривчанська М.І., Булик Р.Є. Вплив анаприліну на циркадіанну організацію ренальних функцій за різної модифікації фотоперіоду.....	153
Польовий В.П., Кулачек Я.В., Кулачек Ф.Г., Паляниця А.С. Прогнозування наслідків перебігу абдомінальної травми.....	157
Польовий В.П., Нурдінов Х.Н., Паляниця А.С. Профілактика ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту у хворих з полі травмою.....	159
Привроцька І.Б., Покотило О.С. Активність ферментів цитолізу у плазмі крові в динаміці гострого І-аргінінового панкреатиту в експерименті.....	159
Проніна О.М., Коптев М.М., Підмогильний Ю.В. Морфометричне дослідження легеневої тканини після іммобілізаційного стресу в експерименті.....	160
Проніна О.М., Половик О.Ю., Білич А.М., Данильченко С.І., Рожнов В.Г. Внутрішньоорганна структурна організація піднижньощелепного та під'язикового вегетативних вузлів.....	161
Проніна О.М., Сербін С.І., Єрошенко Г.А. Особливості гемомікроциркуляторного русла слизової оболонки лобової пазухи.....	163
Проніна О.М., Совгіря С.М., Данильченко С.І. Гістохімічна характеристика структурних елементів слизової оболонки клиноподібної пазухи.....	164
Регеда М.М. Вплив корвітину на активність пероксидази в бронхах за умов розвитку експериментальної пневмонії.....	165
Ромаєв С.Н., Свириденко Л.Ю. Лазерна вазотомія нижніх носових раковин у хворих гіпертрофічним ринитом.....	166
Рудковська О.Д. Зорова компенсаторна реакція при важкій системній патології.....	169
Русіна С.М., Деркач В.Г., Рудницький Р.І., Курик В.І., Нікоряк Р.А. Особливості формування соціальної дезадаптації у молоді.....	171
Савка І.Г. Реконструкція зламаної кістки за допомогою цифрових технологій.....	172
Савка С.Д. Якість життя у пацієнтів з непсихотичними психічними порушеннями при ревматоїдному артриті.....	173

ЗОРОВА КОМПЕНСАТОРНА РЕАКЦІЯ ПРИ ТЯЖКІЙ СИСТЕМНІЙ ПАТОЛОГІЇ

О.Д.Рудковська

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Відомо [1], що функціонування зорового аналізатора дуже енергозатратне, його роботу забезпечують 6 пар черепно-мозкових нервів. Як гіпотеза, вважаємо, що блокування зорового аналізатора (з погляду збереження резервів захисних сил) може бути корисним для організму, який бореться за своє виживання. Коли в організмі розвивається злоякісна пухлина, яка реально загрожує життю людини, часто спостерігаються метастази раку в хоріоїдею, а саме – в центральну частину очного дна. Це викликає швидке і значне зниження гостроти зору, наприклад, від 1,0 до світловідчуття [2, 3]. Розвиток даної патології можна розглядати як захисну компенсаторну реакцію організму. Виключення одного ока з роботи знижує енергозатрати людини на функціонування зорового апарату, які є досить великими, і економить резерви організму на боротьбу з основним захворюванням. При сильному виснаженні організму неопластичним процесом близько в 1/5 хворих відбувається двобічне метастазування пухлини в центральну частину судинної оболонки з повним виключенням зорового аналізатора [3], що продовжує на деякий час життя пацієнту. За даними літератури [4], доброякісніший перебіг розсіяного склерозу (РС) спостерігається у пацієнтів з одним із проявів хвороби – ретробульбарним невритом (РБН). Загострення РБН одного чи обох очей у пацієнтів з РС затримує розвиток грубих вогнищевих симптомів. Іноді вони й не з'являються. Отже, різке зниження зору або повна сліпота одного чи двох очей внаслідок РБН (блокування зорового аналізатора) полегшує перебіг РС, що теж можна розглядати як компенсаторну реакцію організму на тяжке загальне захворювання. У дітей злоякісні пухлини крові (системне захворювання) настільки виснажують захисні сили організму дитини, що метастази в орбіту, як правило, двобічні, а при раку носоглотки (локальний процес) – однобічні [5]. При ревматизмі у 2% випадків розвиваються незворотні зміни в очах із втратою зору, незважаючи на своєчасно розпочате і адекватне лікування [4]. Це стосується й цукрового діабету, гіпертонічної хвороби. При декомпенсації цих процесів розвиваються відповідно діабетична і гіпертонічна ретинопатії, які різко знижують зір пацієнта, аж до сліпоти. Вказану патологію ми вважаємо компенсаторною реакцією організму, спрямовану на економію енергозатрат у боротьбі з основним захворюванням. Всі спроби офтальмологів підвищити зорові функції у пацієнтів з кінцевими стадіями діабетичної та гіпертонічної ретинопатії, як правило, неефективні, що, на нашу думку, підтверджує запропоновану нами гіпотезу про те, що організму в такій ситуації ергономічно не вигідна робота зорового апарату. Як можна використати знання законів функціонування людського організму? При багатьох захворюваннях (центральної нервової системи, інфекційних, ендокринних),

крім сенсорної ланки зорового аналізатора, блокується також і моторна – робота акомодацийних та окорухових м'язів. Часто виникає мідріаз, офтальмоплегія [4]. Ми пропонуємо у стадії патологічного процесу, яка передує періоду декомпенсації в організмі, переводити зоровий аналізатор на «енергозберігальний режим», тобто відключати його сенсорну або моторну ланку. Світлова депривація досягається пов'язкою; паралічу акомодативної можна досягти інстиляціями атропіну, паралічу окорухових м'язів – ін'єкцією, наприклад, ботулотоксину. При цьому доцільно носити світлозахисні окуляри (наприклад, окуляри «Лазер-віжн», які імітують природну акомодативну). Блокування сенсорної або моторної ланки – контрольований стан, при потребі він може бути відмінений. На нашу думку, зниження енергозатрат на функціонування зорового аналізатора шляхом моделювання природних реакцій (які спостерігаються на пізніх стадіях процесу) у більш ранній період хвороби повинно покращити загальний стан пацієнта і зменшити ризик сліпоты. Ми маємо позитивний досвід лікування очних ускладнень гіпертонічної хвороби і цукрового діабету на тлі штучного відключення акомодативної парних очей (патенти №№ 39589, №39593; Україна). Циклоплегія зберігає для організму ресурси, необхідні для роботи акомодативної системи. Тому при виключеній акомодативній прискорюються репаративні процеси в організмі, зокрема, у тканинах ока. Терміни лікування пацієнтів з ішемічною нейропатією і гемофтальмом на тлі циклоплегії були вірогідно менші, ніж у хворих з такою ж патологією без виключення акомодативної. Отже, навіть часткове блокування роботи зорового аналізатора – відключення акомодативної системи – підвищує ефективність лікувального процесу у найважчій категорії хворих (гіпертонія, цукровий діабет). Запропонований нами спосіб може бути використаний у пацієнтів з відносно компенсованими формами загального захворювання, тобто до настання незворотних змін в організмі.

Висновки. 1. Виключення зорового аналізатора на пізніх стадіях тяжких захворювань – це компенсаторна реакція організму, спрямована на економію резервів для виживання людини. 2. Запропоновано переводити зоровий аналізатор на енергозберігальний режим (моделювати блок сенсорної або моторної ланки) до настання стадії декомпенсації загального захворювання, що зменшить енергозатрати людини на функціонування зорового апарату і знизить ризик розвитку сліпоты та незворотних змін в організмі.

Література. 1. Лучик В.І. Клінічна анатомія органа зору / В.І.Лучик, В.І.Проняєв. – Чернівці: Медакадемія, 2000. – 148 с. 2. Eliassi-Rad V. Frequency of ocular metastases in patients dying of cancer in eye bank populations / V.Eliassi-Rad, D.M.Albert, W.R.Green // Br. J. Ophthalmol. – 1996. – Vol. 80, № 2. – P. 125-128. 3. McCartney A. Intraocular metastases / A.McCartney // Br. J. Ophthalmol. – 1993. – Vol. 77. – P. 133. 4. Егоров Е.А. Офтальмологические проявления общих заболеваний: рук. для врачей / Егоров Е.А., Ставицкая Т.В., Тутаева Е.С. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006. – 590 с. 5. Абрамов В.Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности / Абрамов В.Г. – М.: Изд-во Мобиле, 1993. – 496 с.