

Винахід відноситься до медицини, зокрема до офтальмології та внутрішніх хвороб і може бути використаним для корекції та профілактики короткозорості.

Відомі способи лікування та профілактики короткозорості оперативними та консервативними методами [1, 2]. Але хірургічні методи вимагають високої кваліфікації спеціалістів, спеціального обладнання [2], а консервативні за методи потребують носіння окулярів. Розроблений спосіб корекції зору допомогою фізичних вправ на органах зору та спеціального тренажу [3]. Але більшість відомих способів засновані на поглядах, що короткозорість це є проблемою лише ока і його властивостей, точніше функціонального стану його певних структур.

Проривом в цих усталених підходах є виділення особливої форми "цervікальної" короткозорості у дітей з післяродовими пошкодженнями нервової системи. Такий підхід дав можливість розробити метод корекції цієї форми короткозорості консервативним лікуванням нервової системи [4] - прототип.

Але в прототипі короткозорість лікують у тих, хто мав пошкоджену нервову систему під час родів і не враховується стан інших органів та систем, зокрема стан гепатобіліарної системи.

В основу винаходу поставлено завдання розробити простий та доступний спосіб корекції та профілактики короткозорості, зумовлених змінами у гепатобіліарній системі шляхом нормалізації стану печінки та жовчовивідних шляхів.

Поставлене завдання вирішується таким чином, що у способі лікування та профілактики короткозорості за Пауком, що включає офтальмологічне обстеження, зокрема визначення гостроти зору, та лікування, який відрізняється тим, що додатково обстежують клінічними та параклінічними методами стан печінки та жовчовивідних шляхів і при виявленні змін у них проводять дуоденальні зондування та лікування гепатобіліарної системи з наступним визначенням гостроти зору.

Результатом застосування винаходу буде корекція та профілактика короткозорості, зумовлених змінами у гепатобіліарній системі.

Між запропонованим способом корекції та профілактики короткозорості і змінами у гепатобіліарній системі існує чіткий взаємозв'язок.

Нами було звернуто увагу на те, що у значної частини людей, у тому числі дітей, при наявності короткозорості має місце порушення стану і гепатобіліарної системи.

Відомо, що порушення акомодатії ока передують гемодинамічні та функціональні порушення в ціліарному тілі, які в своїй основі мають розлади симпатичної та парасимпатичної інервації [5].

У складі діафрагмального нерва є чутливі, рухові та симпатичні волокна, які через діафрагму доходять до капсули і зв'язок печінки та жовчного міхура.

Симпатичні волокна приєднуються до цього нерва з нижнього симпатичного вузла. Симпатична та парасимпатична нервова система приймають участь у функціонуванні ціліарного м'язу [5]. Звідси випливає, що розлади печінки та жовчного міхура і жовчовивідних шляхів впливають на стан ока, його акомодатійні можливості. Логічним є підхід до корекції акомодатії, зокрема короткозорості, через нормалізацію функції гепатобіліарної системи.

Спосіб здійснюється загальноклінічним обстеженням хворого з детальним збором скарг, анамнезу захворювання, офтальмологічним дослідженням з визначенням гостроти зору. Додатково обстежують стан гепатобіліарної системи клінічними та параклінічними методами дослідження. При виявленні порушень у гепатобіліарній системі проводять корекцію та лікування її шляхом дуоденальних зондувань (сліпих або з визначенням кількісних та якісних характеристик окремих порцій жовчі), а при необхідності проводять лікування запальних та інших процесів у гепатобіліарній системі медикаментами разом з дуоденальними зондуваннями. В процесі лікування та після його закінчення повторно визначають гостроту зору.

Можливість здійснення способу підтверджується прикладами.

Приклад 1. Хворий Ц.А.М., 27 років звернувся зі скаргами на погіршення зору протягом півроку. Спочатку цьому значення не надавав, а потім звернувся до окуліста, де було виявлено порушення зору - на лівому оці 0,3, на правому оці 0,2. При обстеженні виявлено, що періодично турбують болі у череві, не переносить жирної їжі, має нестійкий стілець. Часто турбує сухість і гіркий присмак у роті. При об'єктивному дослідженні має місце густо обкладений язик з білим нальотом. При ультразвуковому обстеженні (УЗО) печінки і жовчного міхура виявлено незначне збільшення розмірів печінки, щільну стінку жовчного міхура. Проведено 5-моментне фракційне дуоденальне зондування і в усіх порціях виявлено лямблії та елементи запалення (лейкоцити в значній кількості, у 5 фазі епітеліальні клітини). Виставлено лямбліозний холецистогепатит.

Проведено лікування протилямбліозними препаратами та 4 повторними зондуваннями. Після 2 зондувань зір став кращим - праве око - 0,6, ліве - 0,7. Після закінчення лікування і острога зору складала на правому оці 0,9 на лівому 0,8. Катанамнез через півроку - почуває себе задовільно, гострота зору така ж, як і після закінчення лікування.

Приклад 2. Хворий М.С.А. 10 років. Учитель у школі звернув увагу на погіршення зору у дитини і сказав про це батькам. У окуліста виявлено зір справа 0,2, зліва 0,3. При обстеженні виявлено збільшену печінку на 2см, при УЗО обстеженні печінка збільшена у розмірах, стінки жовчного міхура ущільнені, є перетинка у тілі міхура, згущення жовчі у розтягнутому міхурі. Проведено 5 моментне фракційне дуоденальне зондування. У 4 фазі за 60хв. виділилося 95мл жовчі, лейкоцити в великій кількості, бактерії, кристали білірубину в великій кількості. У 5 фазі за 10хв виділилося 20мл жовчі з лейкоцитами до 30 в полі зору, кристали білірубінату кальцію у великій кількості. Діагностовано хронічний холецистогепатит у фазі загострення. Проведено лікування протибактеріальними засобами та 5 сліпими дуоденальними зондуваннями з кінцевим контрольним лабораторним дослідженням жовчі. У 4 фазі за 20хв. одержано 20мл жовчі без елементів запалення з одиничними кристалами білірубінату кальцію, у 5 фазі - патологічних елементів не виявлено.

Після закінчення лікування зір на обидва ока 1,0. Через рік зір справа 0,9, зліва 0,8.

З метою перевірки придатності запропонованого способу проведення обстеження та лікування 25 хворих, переважно підлітків та дітей. У 20 з них виявлено ураження гепатобіліарної системи. Всім проводилася корекція стану гепатобіліарної системи дуоденальними зондуваннями та медикаментами при необхідності. Позитивного ефекту досягнуто у 17 хворих, причому ефект був стійким через півроку-рік. У 8 хворих покращення зору було

незначним і при перевірці через півроку воно залишилося практично на тому ж рівні.

Одержані результати дають підставу рекомендувати запропонований спосіб для впровадження в практику офтальмологів та сімейних лікарів як дешевий, доступний та такий, який не вимагає стаціонарного лікування.

Джерела інформації:

1. БМЭ. — М. — ГИМП. — 1957. Т.3. — С.1138-1150;
2. Руководство по глазной хирургии, (ред.проф. Краснов М.А, проф. Беляев В.С.). — М. — "Медицина" — 1988. — 624с.;
3. Евсеев Б. Как улучшить зрение. Изд. А.В.К. — Тимоша. — 2001. — 160с;
4. Ратнер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. — Изд. Казанского университета — Казань. — 1990. — 308с. — прототип;
5. Краев А.В. Анатомия человека. М.: Медицина. 1978. т.2.