

CLINICAL USE OF RECONSTRUCTIVE-PLASTIC TREATMENT FOR
CHRONIC FISSURES OF THE RECTUM

A.G.Iftodii, I.M.Kozlovs'ka

Abstract. An analysis of information sources and our own observations gives ground to consider it necessary to bring up-to-date the procedures of surgical treatment of patients with chronic rectal fissures. To improve the results of treating in our clinic a procedure of reconstructive-plastic surgical treatment of chronic anal fissures and their complications has been developed.

Key words: anal fissures sphincteroplasty, sphincterotomy, excision of a fissure.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Р.І.Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol. 13, № 1. – P.30-33

Надійшла до редакції 20.01.2009 року

УДК 617.735-002:617.735-005.98

М.А.Карлійчук, І.В.Могілевцева

КЛІНІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ
ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ РЕТИНОПАТІЇ
ТА ДІАБЕТИЧНОМУ МАКУЛЯРНОМУ НАБРЯКУКафедра офтальмології (зав. – д.мед.н. Я.І.Пенішкевич)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Вивчено особливості взаємодії відшарованої задньої гіалоїдної мембрани склистого тіла та сітківки при непроліферативній, препроліферативній діабетичній ретинопатії та діабетичному макулярному набряку. Проведені в комплексі ультразвукове визначення ступеня акустичної щільності задньої гіалоїдної мембрани склистого тіла та дослідження порогової ретиальної чутливості дозволяють виявити прогности-

чно несприятливе поєднання вітреоретинальної взаємодії до появи офтальмоскопічних ознак проліферації та вчасно встановити покази до хірургічного видалення задньої гіалоїдної мембрани склистого тіла.

Ключові слова: задня гіалоїдна мембрана, склисте тіло, діабетична ретинопатія, макулярний набряк, відшарування.

Вступ. В останні роки проблема патогенезу проліферативної вітреоретинопатії (ПВР) притягує все більшу увагу офтальмологів, патофізіологів, морфологів [2, 4, 8, 9]. Одним із напрямків наукових досліджень, присвячених вивченню механізмів становлення та розвитку вітреоретинальної проліферації, є вивчення анатомо-топографічних особливостей будови вітреоретинальних структур та морфофункціональна характеристика проліферативних епі- та субретинальних мембран [8].

Найважливішим утворенням у вітреоретинальних взаємовідносинах є задня гіалоїдна мембрана (ЗГМ) склистого тіла. Клінічно відшарована ЗГМ при непроліферативній діабетичній ретинопатії (ДР) та препроліферативній ДР виглядає прозорою [6]. За заднього відшарування склистого тіла відбувається зміна вітреоретинальних взаємовідносин, у результаті чого стає можливим клінічно ідентифікувати ЗГМ [1, 4, 7]. Завдяки своїй будові вона є первинним матриксом, по якому росте проліферативна тканина [1]. ЗГМ слугує «ешафотом» для швидкого росту новоутворених судин, які повністю повторюють її конфігурацію при відшаруванні склистого тіла [9].

У літературі відсутні дані щодо змін порогової світлочутливості сітківки на ранніх етапах

розвитку непроліферативної та препроліферативної ДР за наявності розриву та неповного відшарування ЗГМ склистого тіла без суттєвого зниження зорових функцій у пацієнта. Також не вивчені зміни функціонального стану сітківки залежно від ступеня акустичної щільності відшарованої ЗГМ, її топографічних особливостей та кількісної характеристики колапсу склистого тіла, що може підвищити ефективність ранньої діагностики та моніторингу хворих на ДР та вчасно встановити покази до адекватного консервативного або хірургічного лікування даної патології.

Мета дослідження. Провести клінічно-функціональну оцінку ступеня акустичної щільності ЗГМ склистого тіла та визначення порогової світлочутливості сітківки в осіб із діабетичним макулярним набряком (МН), непроліферативною та препроліферативною ДР.

Матеріал і методи. Обстежено 130 пацієнтів (190 очей) віком від 41 до 75 років, 90 з яких (150 очей) хворіють на цукровий діабет II типу. Пацієнти розподілені на наступні репрезентативні групи:

I група (контрольна) – 40 пацієнтів (40 очей), які не хворіють на цукровий діабет, із віковим колапсом склистого тіла (відшаруванням ЗГМ різної акустичної щільності) без офтальмоскопіч-

них ознак вітреомакулярного тракційного синдрому;

II дослідна група – 32 пацієнти (58 очей) з непроліферативною ДР та відшаруванням ЗГМ різної акустичної щільності);

III дослідна група – 27 пацієнтів (47 очей) із препроліферативною ДР та відшаруванням ЗГМ склистого тіла різної акустичної щільності без офтальмоскопічних ознак проліферації;

IV дослідна група – 31 пацієнт (45 очей) із непроліферативною ДР, діабетичним МН та відшаруванням ЗГМ склистого тіла різної акустичної щільності.

Обстеження включало біомікроскопію задніх відділів склистого тіла та сітківки з використанням конденсорної асферичної безконтактної лінзи +78 D, пряму офтальмоскопію, транспальпебральну методику ультразвукового дослідження (УЗД) у В-режимі на приладі Nidek US-3300 (з використанням зонда з частотою 10 МГц та діаметрами робочої поверхні 1,0×1,8 см), статичну комп'ютерну периметрію на аналізаторі поля зору Humphrey (HFA II 720) за програмою центрального порогового 30-2 тесту (з використанням стимулу розміром 0,43° (Goldman Size III) з експозицією 200 мс, білого фонового кольору, яскравості сфери – 30 asb). Порогову світлочутливість визначали в 76 ділянках центрального поля зору до 30° у трьох морфофункціональних зонах: макулярній (до 5°), парамакулярній (5-20°) та парацентральної (20-30°). Для реєстрації результатів використовували цифрове маркування із загальним аналізом індексу MD (Mean Deviation) – основне відхилення (характеризує основне збільшення загальних порушень поля зору пацієнта порівняно з нормальним полем). Оцінку ступеня акустичної щільності ЗГМ склистого тіла виконано за класифікацією З.А. Махачевої та Д.Г. Узуняна [5]: I ступінь – ЗГМ акустично ніжної щільності; згасання ехо-сигналу від ЗГМ відбувається на посиленні від 80 до 70 дБ; II ступінь – ЗГМ низької щільності. ехо-сигнал зникає на посиленні від 70-60 дБ; III ступінь – ЗГМ помірної щільності; згасання ехо-сигналу відмічається при посиленні від 60 до 50 дБ; IV ступінь – ЗГМ високої акустичної щільності, ехо-сигнал від ЗГМ згасає при посиленні до 50-60 дБ. Статистична обробка результатів порогової периметрії проведена за допомогою програми Statpac аналізатора поля зору Humphrey. Статистичну достовірність отриманих результатів обчислювали з застосуванням критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення.

При проведенні В-методику УЗД у 13 пацієнтів (13 очей) I групи встановлено наявність I ступеня акустичної щільності ЗГМ склистого тіла, у 18 хворих (18 очей) – II ступінь щільності відшарованої ЗГМ, у 9 пацієнтів (9 очей) – III ступінь акустичної щільності ЗГМ склистого тіла. Основне відхилення загальних порушень поля зору (MD) за даними центрального порогового 30-2 тесту на аналізаторі поля зору в пацієнтів контрольної групи склало -1,4±0,29 дБ.

Серед осіб із непроліферативною ДР (II група) I ступінь акустичної щільності ЗГМ склистого тіла виявлено в 9 очах; зниження світлочутливості сітківки не мало вірогідних відмінностей від контролю. II ступінь акустичної щільності відшарованої ЗГМ склистого тіла встановлено у 12 очах; основне відхилення загальних порушень поля зору склало -2,2±0,12 дБ, вірогідно відрізняючись від даних контрольної групи ($p<0,05$). У 19 очах встановлено наявність III ступеня акустичної щільності із середнім зниженням світлочутливості сітківки на -3,1±0,14 дБ, що має вірогідні відмінності, порівняно з контролем ($p<0,001$). За IV ступеня акустичної щільності ЗГМ склистого тіла (18 очей) основне відхилення загальних порушень поля зору склало -5,1±0,23 дБ, що суттєво перевищувало дані пацієнтів контрольної групи (-1,4±0,29 дБ, $p<0,001$).

При проведенні досліджень у пацієнтів із препроліферативною ДР (III група) I ступінь акустичної щільності відшарованої ЗГМ склистого тіла встановлений у 7 очах; зниження світлочутливості сітківки становило -2,8±0,14 дБ без статистично вірогідних відхилень порівняно з контролем та I дослідною групою. II ступінь акустичної щільності ЗГМ виявлено в 13 очах; основне відхилення загальних порушень поля зору склало -3,7±0,16 дБ, вірогідно відрізняючись від даних як контрольної групи ($p<0,001$), так і II дослідної групи (-2,2±0,12 дБ, $p<0,001$). У 17 очах обстежених пацієнтів встановлено III ступінь акустичної щільності ЗГМ склистого тіла з середнім відхиленням ретинальної світлочутливості на -5,2±0,17 дБ, що на 73,1 % перевищувало ступінь зниження світлочутливості сітківки пацієнтів контрольної групи ($p<0,001$). За IV ступеня акустичної щільності ЗГМ склистого тіла (11 очей) основне відхилення загальних порушень поля зору склало -7,7±0,18 дБ, вірогідно відрізняючись від даних пацієнтів контрольної групи ($p<0,001$) та пацієнтів із непроліферативною ДР (-5,1±0,23 дБ, $p<0,001$). Серед обстежених 27 пацієнтів (47 очей) у 36,2 % випадків (17 очей) спостерігалось W-подібне відшарування ЗГМ.

У пацієнтів із діабетичним МН та I ступенем акустичної щільності відшарованої ЗГМ склистого тіла (9 очей) зниження світлочутливості сітківки становило -3,7±0,14 дБ, вірогідно ($p<0,001$) відрізняючись від даних пацієнтів контрольної, I та II дослідних груп. Така ж тенденція прослідковувалась і за наявності II-IV ступенів щільності ЗГМ склистого тіла: середнє зниження світлочутливості сітківки в 13 очах хворих із виявленим II ступенем акустичної щільності ЗГМ становило -5,4±0,13 дБ з однаковою статичною відмінністю ($p<0,001$) при порівнянні з контролем, I та II дослідними групами; в 11 очах зі встановленим III ступенем акустичної щільності ЗГМ склистого тіла основне відхилення загальних порушень поля зору (MD) за даними центрального порогового 30-2 тесту склало -6,7±0,21 дБ, у 4,8 раза перевищуючи дані пацієнтів контрольної групи

($p < 0,001$) та в 1,3 раза – дані пацієнтів із препроліферативною ДР та III ступенем акустичної щільності ЗГМ склистого тіла ($-5,2 \pm 0,17$ дБ, $p < 0,001$). За наявності діабетичного МД та IV ступеня акустичної щільності ЗГМ склистого тіла (12 очей) середнє зниження світлочутливості сітківки становило $-9,1 \pm 0,42$ дБ, що перевищувало значення середнього відхилення ретинальної світлочутливості пацієнтів із препроліферативною ДР та IV ступенем акустичної щільності ЗГМ склистого тіла в 1,2 раза ($-7,7 \pm 0,18$ дБ, $p < 0,001$). В 11 очах пацієнтів із III та IV ступенями акустичної щільності ЗГМ склистого тіла встановлено наявність вітреальної тракції в парамакулярній зоні.

Отримані нами дані свідчать про найбільш суттєве зниження порогової світлочутливості сітківки за наявності ущільнення ЗГМ склистого тіла та діабетичного МН, що узгоджуються з існуючими в літературі повідомленнями про те, що найбільш важливим чинником розвитку макулярного набряку за ДР, поряд із дисбалансом капілярно-ретинального бар'єра, є тракційний момент, який створюється ЗГМ склистого тіла [1, 3, 7]. Скliste тіло при ЦД є депо токсичних речовин, внаслідок чого підтримується підвищена проникність судин сітківки, що призводить до її набряку [8, 9]. Крім того, при ЦД відбувається ущільнення ЗГМ склистого тіла, яке зумовлює порушення вітреоретинального метаболізму, продукти якого, за накопичення, можуть сприяти розвитку та прогресуванню ДР [2, 6, 8]. Це узгоджується з отриманими нами результатами прогресуючого зниження порогової світлочутливості сітківки за збільшення ступеня акустичної щільності ЗГМ.

Оскільки відшарована ЗГМ при непроліферативній та препроліферативній ДР клінічно виглядає прозорою, проведення оцінки ступеня акустичної щільності відшарованої ЗГМ та порогової світлочутливості сітківки дозволяє вчасно встановити як ділянки додаткової фіксації ЗГМ до сітківки, так і появу тенденції до тракційної дії на сітківку за відсутності офтальмоскопічних ознак ретинальної фіксації ЗГМ.

Висновки

1. Ультразвукове визначення ступеня щільності ЗГМ та дослідження порогової ретинальної світлочутливості при діабетичному макулярному набряку, непроліферативній та препроліферативній ДР дозволяють якісно та кількісно оцінити стан склистого тіла та сітківки, виявити прогностично несприятливе поєднання характеру вітреоретинальної взаємодії (ущільнення ЗГМ III-IV ступеня, W-подібне її відшарування), своєчасно встановити наявність вітреоретинального тракційного синдрому та показів до хірургічного видалення задньої гіалоїдної мембрани склистого тіла як первинного матриксу росту проліферативної тканини при діабетичній ретинопатії.

2. Виявлене зниження чутливості сітківки при зростанні щільності ЗГМ склистого тіла свідчить про появу тракційної дії на сітківку ока навіть за відсутніх офтальмоскопічних ознак пролі-

ферації, а топографо-анатомічні особливості відшарування ЗГМ визначають характер проліферації при діабетичній ретинопатії.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення динаміки взаємодії сітківки та задньої гіалоїдної мембрани при її відшаруванні за різних форм діабетичної ретинопатії (у тому числі в очах із непрозорими оптичними середовищами) та вироблення лікувальної тактики.

Література

1. Балашевич Л.И. Динамика развития патологических процессов в витреомакулярном интерфейсе по данным оптической когерентной томографии / Л.И.Балашевич, Р.Р.Валеєва // Офтальмохирургия. – 2008. – № 2. – С. 55-59.
2. Бездітко П.А. Швидкість розповсюдження ультразвуку в скловидному тілі як діагностично-прогностичний критерій у хворих з проліферативною діабетичною ретинопатією і непрозорими середовищами / П.А.Бездітко, А.Б.Мартиненко // Офтальмол. ж. – 2007. – № 7. – С. 45-49.
3. Значение и особенности задней гиалоидной мембраны при наличии отека центрального отдела сетчатки / А.В.Киселев, Т.И.Ронкина, Д.О.Шкворченко [и др.] // Офтальмол. ж. – 2001. – № 3. – С. 60-64.
4. Кривошеина О.И. Проблема формирования и развития пролиферативной витреоретинопатии с позиций системного подхода / О.И.Кривошеина, И.В.Запускалов // Вестн. офтальмол. – 2004. – Т. 120, № 4. – С. 44-46.
5. Махачева З.А. Комплексные ультразвуковые исследования в оценке состояния стекловидного тела и определения показаний к витректомию / З.А.Махачева, Д.Г.Узунян // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии: Сб. науч. статей / ГУ МНТК «Микрохирургия глаза». – М., 2002. – С. 203-208.
6. Особенности структуры заднего сегмента глаза и морфологии задней отслойки стекловидного тела в зависимости от характера патологического процесса по данным ультразвукового В-сканирования / А.Д.Чупров, А.А.Замыров, Ю.А.Плотникова [и др.] // Вестн. офтальмол. – 2001. – Т. 117, № 2. – С. 18-21.
7. Патология витреомакулярного интерфейса при отслойке задней гиалоидной мембраны / Л.И.Балашевич, Я.В.Байбородов, Т.М.Джусоев [и др.] // Офтальмохирургия. – 2006. – № 1. – С. 24-27.
8. Проллиферативная витреоретинопатия: актуальные направления исследований / И.В.Запускалов, О.И.Кривошеина, К.А.Назаренко [и др.] // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии. – 2007: Сб. науч. статей / ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза». – М., 2007. – С. 93-97.
9. Цисельський Ю.В. Основные аспекты патофизиологии диабетической ретинопатии и ее последствий / Ю.В.Цисельський // Эндокринология. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 92-104.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ И ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ

М.А.Карлійчук, И.В.Могилевцева

Резюме. Изучены особенности взаимодействия отслоенной задней гиалоидной мембраны стекловидного тела и сетчатки при непролиферативной, препролиферативной диабетической ретинопатии и диабетическом макулярном отеке. Проведенные в комплексе ультразвуковое исследование степени акустической плотности задней гиалоидной мембраны стекловидного тела и исследование пороговой ретиальной чувствительности позволяют выявить прогностически неблагоприятное сочетание витреоретинального взаимодействия до появления офтальмоскопических признаков пролиферации и своевременно установить показания к хирургическому удалению задней гиалоидной мембраны стекловидного тела.

Ключевые слова: задняя гиалоидная мембрана, стекловидное тело, диабетическая ретинопатия, макулярный отек, отслойка.

A CLINICO-FUNCTIONAL CHARACTERISTIC OF THE PECULIARITIES OF A VITREORETINAL INTERACTION IN DIABETIC RETINOPATHY AND DIABETIC MACULAR OEDEMA

M.A.Karliychuk, I.V.Mogilevtseva

Abstract. The peculiarities of an interaction between the detached posterior vitreous hyaloid membrane and the retina in non-proliferative, preproliferative diabetic retinopathy and diabetic macular oedema were studied. An ultrasound evaluation of the degree of the echodensity of the posterior hyaloid membrane of the vitreous body and a study of the threshold retinal sensitivity having been performed in a complex make it possible to reveal a prognostically unfavourable combination of a vitreoretinal interaction before the appearance of ophthalmoscopic signs of proliferation and establish indications in time for a surgical removal of the posterior hyaloids membrane of the vitreous body.

Key words: posterior hyaloid membrane, vitreous body, diabetic retinopathy, macular edema, detachment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. В.А.Маслянюк

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol. 13, № 1. – P.33-36

Надійшла до редакції 12.02.2009 року

УДК 616.1-009.86:577.1

В.В.Колесник, В.М.Пашковський, І.І.Кричун, А.В.Думітраш

ЗМІНИ АВТОРЕГУЛЯЦІЇ МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (зав. – проф. В.М.Пашковський)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У 30 хворих на алкогольну енцефалопатію (АЕ) І стадії оцінили стан вегетативної нервової системи та церебрального кровообігу з детальним вивченням цереброваскулярної реактивності за допомогою доплерографії. Встановлено переважання симпатичного тону та зміни вегетативного забезпечення діяльності на тлі зниження цереброваскулярного резерву практично у всіх обстежених хворих. В усіх пацієнтів в анамнезі виявлені церебральні судинні пароксизми, що свідчить про тимчасові зриви авторегуляції мозкового кровотоку.

Ключові слова: алкогольна енцефалопатія, цереброваскулярний резерв, доплерографія.

Вступ. Хронічний алкоголізм – найбільш розповсюджена форма токсикоманії. Україна втрачає щороку понад 40 000 своїх громадян, загибель яких зумовлена алкоголем. Це близько 8 000 отруєнь, ще 8 000 – кардіопатії, а також інші захворювання та нещасні випадки, пов'язані з вживанням алкоголю [1, 2, 3].

За наявності алкогольної інтоксикації найперше страждає саме вегетативна нервова система. Зміни в її регуляції сигналізують про органічні ураження, що виникають у головному мозку [4, 8].

Поширеність даної патології зумовлює потребу в розробці нових комплексів діагностики, що на ранніх стадіях можуть виявляти приховані зміни статусу хворих, і відповідно покращувати прогноз лікування [5].

Допплерографія є одним з найбільш інформативних неінвазивних методів дослідження церебральної геодинаміки, набула широкої розповсюдженості та доступності. [7, 8].

Мета дослідження. Вивчити цереброваскулярну реактивність у хворих на алкогольну енце-