

СОСТОЯНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Татьянченко Владимир Константинович

*профессор, д-р мед. наук, заведующий кафедрой оперативной хирургии,
клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС,
Государственный медицинский университет, РФ, г. Ростов-на-Дону*

E-mail: vladimirtatyanchenko@mail.ru

Кулжинская Галина Игоревна

*доцент, канд. мед. наук, заведующая кафедрой офтальмологии ФПК и ППС,
Государственный медицинский университет, РФ, г. Ростов-на-Дону*

Юсеф Раджай Мохаммед

*аспирант кафедры офтальмологии ФПК и ППС, Государственный
медицинский университет, РФ, г. Ростов-на-Дону*

E-mail: valeribogdanov@yandex.ru

CONDITION OF THE EYEBALL IN PATIENTS WITH DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

Vladimir Tatyanchenko

*professor, Doctor of Medical Science of Rostov on Don State Medical University,
Russia, Rostov on Don*

Galina Kuljinskaya

*associate professor, Candidate of Medical Science of Rostov on Don State Medical
University, Russia, Rostov on Don*

Usef R. Mohammed

*graduate student of the Department of Ophthalmology of Rostov on Don State
Medical University, Russia, Rostov on Don*

АННОТАЦИЯ

Обследовано 64 больных с дивертикулярной болезнью без сопутствующей патологии: локальный дивертикулёз — 17,2 %, субтотальный — 57,7 %, тотальный — 9,4 %, хронические осложнения — 18,7 %.

При дивертикулярной болезни толстой кишки в 100 % случаев выявляются нарушения со стороны зрительного анализатора, что обусловлено нарушением локальной гемодинамики, а также активацией процессов перекисного окисления липидов. Доказана эффективность офтальмологического обследования больных. Выявленные изменения глазного яблока являются характерными только для дивертикулярной болезни и отражают тяжесть её течения.

ABSTRACT

The study included 64 patients with diverticular disease, without comorbidity: local diverticulosis — 17,2 %, subtotal — 57,7 %, total — 9,4 %, and chronic complications — 18,7 %.

In diverticular disease of the colon in 100 % of cases, violations of the visual analyzer are detected, due to violation of local hemodynamics, as well as the activation of the lipid peroxidation (LPO). Proved the effectiveness of ophthalmic examination. The changes of the eyeball identified by clinical research are typical only for diverticular disease and reflect the severity of its course.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь; глазное яблоко; офтальмологическая диагностика.

Keywords: diverticular disease; eyeball; ophthalmic diagnosis.

В общей структуре колопроктологической патологии видное место занимает дивертикулярная болезнь толстой кишки как хроническое заболевание, протекающее на общем фоне интоксикации организма. При этом осложненное течение заболевания отмечается у 10—25 % больных.

Современные достижения в медицинской науке и технике, широкое применение эндоскопических и ультразвуковых методов исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии повысили возможность диагностики форм и стадий развития дивертикулёза толстой кишки, а также его осложнений. Однако эти методики не доступны широкому кругу практических врачей, а также больным из-за стоимости обследования. В то же время офтальмологи могут внести свою долю в исследование сосудистых нарушений, значение которых так велико в возможности ранней диагностики форм дивертикулярной болезни и, особенно, её хронических осложнений (дивертикулит, свищи), в прогнозировании её последствий в послеоперационном периоде жизни больных [2, с. 21, 3, с. 44].

Имеющаяся офтальмологическая литература, посвященная состоянию органа зрения при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта и, в

частности, при дивертикулярной болезни, очень малочисленная и не даёт достаточного представления о нарушениях, возникающих в зрительном анализаторе [1, с. 30].

Цель. Обоснование офтальмологического исследования в диагностике форм и тяжести дивертикулярной болезни.

Материал и методы. Анализ клинических наблюдений основан на обследовании и изучении результатов лечения у 64 больных с дивертикулёзом ободочной кишки и его хроническими осложнениями. Средний возраст больных составил $54,6 \pm 4,2$ года. Мужчин было 27 (42,4 %), женщин 37 (57,6 %). По формам заболевания больные были разделены на следующие группы: I группа (17,2 %) включала пациентов с локальным дивертикулёзом, II группа (54,7 %) с субтотальным дивертикулёзом, III группа (9,4 %) с тотальным дивертикулёзом и IV группа (18,7 %) с хроническим осложнением дивертикулёза ободочной кишки.

Были проведены исследования клинико-лабораторных показателей, рентгенологическое обследование (ирригография). Офтальмологические методы исследования включали: визометрию, биомикроскопию, тонометрию, офтальмоскопию с применением медикаментозного мидриаза (мидриацил 1 % р-р), проведение ФАГ.

Результат. Установлено, что при обострении дивертикулёза многие пациенты жаловались на плохое состояние органа зрения. В I группе (локальная форма дивертикулёза) — 11 больных, в основном, жаловались на небольшое снижение остроты зрения и дискомфорт в глазах. Острота зрения была полной — 1.0, биомикроскопия и тонометрия не выявила особых отклонений от возрастной нормы. При офтальмоскопии у больных наблюдался ангиоспазм, у 4 больных (36,4 %) обнаружены единичные штрихообразные кровоизлияния на крайней периферии глазного дна. Отмечалось концентрическое сужение поля зрения на $6—10^\circ$.

При исследовании II группы (субтотальный дивертикулёз), 35 больных острота зрения была в норме, при офтальмоскопии на глазном дне отмечалась

бледность сетчатки и ангиоспазм. У 16 больных (45,7 %) были отмечены штрихообразные кровоизлияния на крайней периферии глазного дна обоих глаз. У всех больных отмечено битемпоральное сужение поля зрения на 10—15°.

При исследовании 6 больных с тотальной формой дивертикулеза (III группа) у всех наблюдалось более низкое зрение без коррекции — 0,4—0,5; но при очковой коррекции острота зрения достигла 0,8—1,0. При офтальмоскопии у всех больных (100 %) были выявлены штрихообразные кровоизлияния на периферии и 1—2 участка побледнения сетчатки треугольной формы на периферии. Была произведена ФАГ обоих глаз, где были выявлены участки нарушения микроциркуляции треугольной формы. Отмечено битемпоральное сужение поля зрения на 15—20°.

У 12 больных, страдающих осложненной формой дивертикулярной болезни толстой кишки и появлением свищей (IV группа) при поступлении на глазном дне обнаруживались старые кровоизлияния: у 8 человек (66,7 %) на крайней периферии участки ишемии сероватого цвета, у 4 больных (33,3 %) — небольшая отечность диска зрительного нерва. Выявлено битемпоральное сужение поля зрения более 20°.

У всех больных с дивертикулярной болезнью имелись изменения поля зрения на белый, синий и красный цвет.

Для полного представления о состоянии тонуса ретинальных сосудов измеряли их калибр. У больных с локальной формой дивертикулеза артерии были сужены в пределах 60—90 мкм (норма 100—150 мкм), а вены расширены в пределах 151—170 мкм (при норме 100—150 мкм). При субтотальной форме дивертикулеза сужение артерий было от 50 до 80 мкм, а расширение вен составила 168—195 мкм. У больных с тотальной формой дивертикулеза артерии были сужены до 41—78 мкм, а вены расширены в пределах 185—210 мкм. При осложненном течении дивертикулярной болезни калибр артерии уменьшался до 35—64 мкм, а вен расширялся до 190—240 мкм. Флуоресцентная ангиография, проведенная у больных с дивертикулярной

болезнью подтвердила результаты офтальмологического исследования. На снимках определялось нарушение соотношения артериол и венул. Артериолы более сужены, извиты, а венулы расширены. Установлено что, у больных с тотальной формой дивертикулеза и при осложненном его течении наблюдались мелкие штриховидные кровоизлияния, диск зрительного нерва с нечеткими границами. Следовательно, в большинстве случаев с нарастанием тяжести течения дивертикулярной болезни толстой кишки, т. е. длительности существования процесса хронической интоксикации организма за счет дивертикулов, изменения слепого пятна сочетались с сужением просвета артерий сетчатки. Причем у 52 % больных (тотальной дивертикулез и его осложнения) увеличение размеров слепого пятна сочетались с отеком перипапиллярной зоны сетчатки с разной степенью выраженности. Как видно из результатов офтальмологического исследования больных, они полностью совпадают с таковыми у экспериментальных животных.

Итак, у всех больных с дивертикулярной болезнью в анамнезе отмечалось расстройство зрения, заключающееся в кратковременном исчезновении центрального зрения, в сужении поля зрения, выпадении участков поля зрения (скотомы), Причем степень их выраженности зависела от формы дивертикулярной болезни. Это позволило нам сформировать 4 группы больных по офтальмологической картине глазного яблока.

1-я группа (локальная форма дивертикулеза) — концентрическое сужение поля зрения на $6—10^{\circ}$.

2-я группа (субтотальная форма дивертикулеза) — битемпоральное сужение поля зрения на $10—15^{\circ}$.

3-я группа (тотальная форма дивертикулеза) — битемпоральное сужение поля зрения на $15—20^{\circ}$.

4-я группа (осложненная форма дивертикулеза) — битемпоральное сужение поля зрения более 20° .

Нами установлено, что появление белых пятен (друз) на сетчатке является признаком только дивертикулярной болезни ободочной кишки. Причём

неравномерность их концентрации свидетельствует о разных формах дивертикулёза и степени тяжести патологического процесса. Так для локальной формы характерно наличие единичных друз, при субтотальном — умеренное их количество (не более 10), а при тотальной и осложненной формах течения заболевания можно говорить о наличии большого количества друз (более 10). После операции или курса интенсивной терапии, спустя 6 месяцев, их вообще не отмечено или их количество резко снижается.

Согласно разработанной нами шкале балльной оценки тяжести течения дивертикулярной болезни, лёгкая степень течения патологического процесса определена у 16 больных (25,0 %), средняя степень выявлена у 27 больных (42,2 %) и тяжелая степень у 21 больного (32,8 %). Таким образом, около 75 % больных с дивертикулярной болезнью входят в группу риска по возможности развития осложнений.

При легкой степени тяжести патологического процесса (1-я группа больных) слабая степень выраженности офтальмологических симптомов был только у 3 больных (18,75 %), а умеренная у 13 (81,25 %). При средней степени тяжести патологического процесса (2-я и 3-я группы больных) слабая степень выраженности офтальмологических симптомов не выявлена ни у одного больного, умеренная — у 20 больных (74,0 %) и сильная у 7 больных (26,0 %). При тяжелой степени тяжести патологического процесса (4-я группа больных), когда дивертикулёз носил тотальную форму или осложненное течение умеренная степень выраженности офтальмологических симптомов выявлена у 8 больных (38,0 %), а сильная — у 13 больных (62,0 %).

Таким образом, по мере возрастания степени тяжести патологического процесса согласно балльной шкале, нарастает и степень выраженности офтальмологических изменений. Это является убедительным доказательством в пользу включения офтальмологического обследования в комплекс диагностического алгоритма у больных с дивертикулярной болезнью.

Разработанная нами шкала индексной оценки тяжести состояния больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки позволяет охарактеризовать

степень развития патологического процесса, что определяет выбор лечебной тактики индивидуально для каждого больного, составить схему диспансерного наблюдения за больными, которым проводится консервативная терапия.

Вывод. Офтальмологическое обследование дает большую информацию для постановки и прогнозирования тяжести течения этого заболевания. Характерны жалобы больных на периодическое «затуманивание» перед глазами, выпадения поля зрения. Данные периметрии свидетельствуют о сужении поля зрения, наличии битемпоральных скотом и парацентральных скотом. Изменения в поле зрения происходит больше при тотальной и осложненных формах дивертикулеза, но начинается уже при локальном дивертикулезе. Офтальмоскопические изменения уже при локальной форме дивертикулеза сигмовидной кишки наблюдаются в виде сужение артерий и некоторого расширения вен. Эти изменения больше выражены при субтотальной форме дивертикулеза. Кроме нарушения соотношения артерий и вен, наблюдаются штриховидные кровоизлияния, перипапиллярный отек сетчатки, нечеткость границ диска зрительного нерва. Это подтверждают и данные флюоресцентной ангиографии. Характерным признаком только для дивертикулярной болезни является наличие белых дистрофических пятен на сетчатке (друз).

Эти клинические симптомы тем быстрее и легче регрессируют, чем раньше проведено консервативное, а по показаниям и оперативное лечение основного заболевания. Однако, операция, сделанная при тотальном дивертикулезе, а тем более при осложненной его форме не дает возможности полностью реабилитировать больных, что видно по состоянию органа зрения. Таким больным необходимо проводить соответствующую коррегирующую терапию в послеоперационном периоде и они должны находиться на диспансерном учёте.

Список литературы:

1. Скоромец Е.И. Болезни глаз при патологии органов желудочно-кишечного тракта /Е.И. Скоромец // Медицинский федеративный журнал. — 2013. — № 3. — С. 30—36.
2. Тимербулатов М.В. Дивертикулярная болезнь толстой кишки, осложненная свищами /М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, Д.И. Мехдиев// Колопроктология. — 2013. — № 3. — С. 21—25.
3. Федоров В.И. Роль лапароскопии в лечении острого дивертикулита // Эндохирургия. — 2013. — № 2. — С. 44—48.