

лонефрита / Ю.А. Талалаенко, Е.И.Муррова // Український медичний альманах. - 2009. - Том 12, № 2. - С. 172-174.

7. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко, А. О. Панченко. - Донецк: Папакица Е.К., 2006. - 211 с.

Резюме

Квашенко В.П., Вустенко В.В., Файннерман В.Б., Прилуцкий А.С.
Тензиометрические и реологические характеристики крови и ротовой жидкости у женщин с бесплодием на фоне аутоиммунного тиреоидита.

При тензиореометрическом исследовании ротовой жидкости выявлено, что равновесное поверхностное натяжение (σ_4) достоверно выше, а угол наклона тензиограммы (λ_2) достоверно ниже у женщин с аутоиммунным тиреоидитом, по сравнению с женщинами с бесплодием, не имеющими патологии щитовидной железы. Установлено, что тензиореометрические показатели крови у данных групп женщин не отличаются между собой.

Ключевые слова: бесплодие, тиреоидит, щитовидная железа, тензиореометрия, кровь, ротовая жидкость.

Резюме

Квашенко В.П., Вустенко В.В., Файннерман В.Б., Прилуцкий А.С.
Тензиометричні та реологічні характеристики крові і ротової рідини у жінок з безпліддям на тлі аутоімунного тиреоїдиту.

Для тензиореометрії ротової рідини у жінок з безпліддям на тлі аутоімунного тиреоїдиту характерно підвищення рівня рівноважного поверхневого натягу (σ_4) та зниження кута нахилу тензіограмми (λ_2), у порівнянні з аналогічними показниками у жінок з безпліддям без патології щитоподібної залози. Встановлено, що тензиореометричні показники крові у цих груп жінок не відрізняються між собою.

Ключові слова: безпліддя, тиреоїдит, щитоподібна залоза, тензиореометрія, кров, ротова рідина

Summary

Kvashenko V.P., Vustenko V.V., Fainerman V.B., Prilutskiy A.S.
The tensioreometric indexes of blood and oral liquid of women with infertility and autoimmune thyroiditis.

No changes have been found in tensioreometric indexes of blood of women with infertility and autoimmune thyroiditis compared to women with infertility and normal function of the thyroid. The tensioreometric indexes of oral liquid in these two groups of women are different. The index σ_4 is increased in women with infertility and autoimmune thyroiditis, and the index λ_2 is decreased in women with infertility and autoimmune thyroiditis, compared to women with thyroiditis with normal thyroid function.

Key words: infertility, thyroiditis, thyroid, tensioreometry, blood, oral liquid.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В.Сімрок

УДК 617.741-007.21

БИНОКУЛЯРНІ ФУНКЦІЇ У БОЛЬНИХ С ДВУХСТОРОННЕЙ АРТИФАКІЕЙ С СИММЕТРИЧНОЮ РЕФРАКЦІЄЮ ПАРНИХ ГЛАЗ И ОПЕРИРОВАННЫХ ПО МЕТОДИКЕ МОНОКОУЛЯРНОГО ЗРЕНИЯ

Е.И.Ковалева

Інститут глазних болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова АМН Украины (Одесса)

Введение

Имплантация интраокулярной линзы в настоящее время является наиболее совершенным способом коррекции послеоперационной афакии. Однако даже идеально выполненное хирургическое вмешательство еще не гарантирует полной медико-социальной и тем более профессиональной реабилитации больного вследствие возможной после операции аметропической рефракции, анизейконии, нарушений мышечного баланса глаз и др. факторов. По обобщенным данным литературы различные нарушения бинокулярного зрения отмечаются у 20-24% пациентов с артифакцией [1,2,3]. Клиническими признаками нарушений бинокулярных функций являются появление астенопии, трудности с концентрацией при чтении, дипlopия при зрении вдали и вблизи.

В последние годы появились различные способы интраокулярной коррекции двусторонней афакии, направленные на восстановление зрительных функций на различных расстояниях без использования дополнительной оптики [1].

Псевдоаккомодационный эффект может быть достигнут при помощи бифокальных, мультифокальных интраокулярных линз, за счет формирования у больных с артифакцией послеоперационного миопического астигматизма [7,8,9,10].

Возможность "псевдоаккомодации" артифакичного глаза при наличии простого или сложного миопического астигматизма объяс-

няются тем, что пациент пользуется одним меридианом астигматичного глаза для зрения вдали и вторым - для зрения вблизи.

При использовании бифокальных либо мультифокальных линз эффект "псевдоаккомодации" артифакичного глаза обеспечивается за счет механизма "одновременного зрения", который заключается за счет формирования в линзе двух или более зон с различной величиной преломления, т.е. два или более фокусных расстояний. Диоптрийная сила оптических зон в таких линзах выбраны таким образом, чтобы одновременно обеспечивать четкое изображение предметов на сетчатке при зрении вдали и вблизи.

Мультифокальные ИОЛ увеличивают глубину зрения по сравнению с монофокальной линзой в два-три раза, но при этом снижают контрастность ретинального изображения примерно на 50 % и приводят к снижению максимально возможной остроты зрения. В ряде случаев при хороших результатах зрения вдали больные отмечают неудовлетворенность функциями вблизи [7]. Наиболее серьезным осложнением, характерным для многофокусных ИОЛ является монокулярная диплопия. Появление диплопии связывают с наличием двух сил преломления и соответственно с наличием двух изображений на сетчатке. Некоторые больные воспринимают одновременно как изображение от дальних так и близких объектов, несмотря на то, что одно из изображений четкое, а второе в дефокусированное. Такие изображения могут конкурировать друг с другом и снижать монокулярную и бинокулярную остроту зрения.

Для создания возможности одновременного зрения вдали и вблизи используется так же техника монокулярного зрения [1,5]. Такой подход ранее использовалась как методика коррекции пресбиопии. Суть этой техники заключается в гиперкоррекции одного глаза для работы вблизи, при коррекции ведущего глаза - для дали. Интраокулярная линза ведущего глаза рассчитывается на эмметропию, второй глаз - на миопию до 2,5-3,0 дптр.

Если сравнить возможность риска декомпенсации бинокулярного зрения при симметричной рефракции парных глаз, с методами которые создают условия для псевдоаккомодации, то очевидно, что любой метод увеличивает риск нарушений

бинокулярного зрения за счет, снижения остроты зрения одного из глаз, появления анизометропии и анизейконии. Многие авторы считают, что прогнозировать состояние бинокулярных функций и эффект псевдоаккомодации до операции не представляется возможным, поскольку это в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей органа зрения [1].

Цель работы - определить факторы декомпенсации бинокулярного зрения у больных с двусторонней артифакцией с симметричной рефракцией парных глаз и оперированных по методике монокулярного зрения (моновижн).

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 76 больных двусторонней катарактой в возрасте от 29 до 71 лет. Все больные были разбиты на 2 группы. Контрольная группа больных с симметричной рефракцией парных состояла из 40, а группа больных оперированная по методике монокулярного зрения из 36 пациентов.

У всех больных прогнозируемая монокулярная острота зрения была не менее 0,4. При операции по методике монокулярного зрения коррекция для зрения вдали проводилась на ведущем глазу, для зрения вблизи - на парном. Разница в оптической силе линз, имплантируемых в парные глаза, была в интервале от 1,0 до 2,5,0 Д. Обследование больных проводилось через 4-6 мес. после последней операции.

Определение потенциальной послеоперационной остроты проводилось ретинометром фирмы "Rodenstok". Измерение ретинальной остроты (РОЗ) зрения основано на принципе при котором световой объект отображается от узловой точки (плоскости) глаза наблюдателя, а на сетчатке получается интерференционная картина этого объекта в виде светлых и темных полос. Интерференционная картина получается независимо от рефракции глаза. Изменяя ширину интерференционных полос от больших значений к меньшим, определяют момент при котором пациент перестает различать световые полосы.

Для определения формы сенсорного подавления использовался тест. (Collins M., Goode A.) Тест основан на феномене борьбы полей, в соответствии с которым больному в условиях

разделения зрительных полей предъявлялись контрастные изображения двух решеток с разным наклоном полос для левого и правого глаз. При наложении полосок друг на друга больной должен видеть плывущую картину, схожую с паркетом, чередующуюся попеременно с изображениями, предъявляемыми правому и левому глазу. Если изображения, предъявляемые правому и левому глазу, появляются примерно с равной частотой, делается вывод о способности пациента к альтернирующей форме сенсорного подавления [5].

Для определения состояния мышечного баланса при непрозрачных оптических средах использовался разработанный нами метод [2]. Метод основан на сочетании методик определения девиации на синоптофоре и определения ретинальной остроты зрения. Возможность предъявления тестов при непрозрачных оптических средах достигается тем, что тесты формируются при помощи лазера и фокусируются оптической системой прибора в узловой точке глаза как и методиках определения ретинальной остроты зрения и формы сенсорного подавления. Принципиальная возможность измерения РОЗ, формы сенсорного подавления и состояние мышечного баланса у пациентов с непрозрачными оптическими средами глаза объясняется тем, что при наличии помутнений сред остаются микроскопические малые прозрачные области, через которые можно пропустить сфокусированное излучение и получить на сетчатке интерференционную картину и получить возможность формировать на сетчатках глаз необходимые для функциональной диагностики тест объекты. Остроту зрения вдали оценивали на приборе фирмы "Цейс", остроту зрения вблизи - по общепринятым таблицам.

Определение характера бинокулярного зрения проводилось на цветовом приборе, измерения анизейконии на синоптофоре по методике И.А. Вязовского, гетерофории призменным компенсатором. Для определения ведущего глаза использовались тесты, предложенные Литинским Г.А.

Полученные результаты и их обсуждение

В контрольной группе средняя величина рефракции парных глаз по сфероэквиваленту составила $0,2 \pm 0,46$ дптр. В таблице 1

представлены результаты исследования состояния бинокулярных функций в зависимости от состояния мышечного баланса глаз, величины анизейконии, монокулярной остроты зрения.

Таблица 1

Характер бинокулярного зрения у больных с артифакцией и симметричной рефракцией в зависимости от состояния мышечного баланса глаз, анизейконии, остроты зрения

характер зрения вдали	Показатели зрительных функций без коррекции			острота зрения ведущего и парного глаза без коррекции	всего больных (n = 40)			
	количество больных							
	гетерофория (пр дптр)	тропия (пр дптр)	анизей- кония (%)					
Бинокулярное	20	10	-	$1,5 \pm 1,1$	$0,85 \pm 1,5$	$0,7 \pm 1,7$	30	
Монокулярное	-	-	-	5	$4,0 \pm 2,2$	$0,8 \pm 2,5$	$0,35 \pm 0,25$	5
Диплопия		5	-	-	$3,0 \pm 1,5$	$0,75 \pm 0,5$	$0,4 \pm 0,8$	5

Как видно из таблицы 1 отсутствие бинокулярного зрения выявлено у 25% больных. Причиной декомпенсации бинокулярного зрения является сочетание анизейконии более 4,5-6 %, косоглазия более 9,0-16,0 пр. дптр и разница в остроте зрения ведущего и парного глаз более 0,4. У пациентов с бинокулярным зрением эти показатели отличались. Так, величина анизейконии составила 0,4-2,6%, величина гетерофории до 16 пр. дптр., разница в остроте зрения парных глаз менее 0,2 ($p < 0,05$). В группе больных, оперированных по методике "моновижн", острота зрения ведущего глаза вдали без коррекции равнялась $0,84 \pm 0,09$ с коррекцией $0,95 \pm 0,09$. Для близи средние значения остроты зрения ведущего глаза без коррекции равнялись $0,25 \pm 0,08$ с коррекцией $0,82 \pm 0,03$.

Средние значения остроты зрения псевдомиопического глаза для дали без коррекции составили $0,42 \pm 0,09$ и с коррекцией $0,8 \pm 0,10$. Для близи средние значения остроты зрения псевдомиопического глаза без коррекций равнялись $0,4 \pm 0,12$ и с коррекцией $0,75 \pm 0,07$. Средняя анизометропия артифактических глаз равнялась 1,5 ДПТР и варьировалась от 0,75 до 2, 75ДПТР.

Как видно из таблицы 2 бинокулярное зрение вдали получено у 20 больных (55,6%) у которых анизейкония была в интервале 0,9-до 3,3 %, а величина мышечного дисбаланса глаз (эзо-

фория) составляла от 1,0 до 8,0 пр дптр. Острота зрения вблизи без дополнительной оптической коррекции оказалась достаточной для ориентации в помещении, выполнения простых зрительных задач на различных расстояниях и без астенопических жалоб. Необходимость использования дополнительной оптической коррекции возникала только при длительной зрительной нагрузке и выполнении прецезионных работ.

Таблица 2

Характер бинокулярного зрения у больных с артифакцией оперированных по методике монокулярного зрения в зависимости от состояния мышечного баланса глаз, анизейконии, остроты зрения

характер зрения вдаль	количество больных			острота зрения ведущего и парного глаза без коррекции	всего больны х (n = 40)
	гетерофория (пр дптр)		тропия (пр дптр)		
	1,0-8,0	9-16	1,0-8,0	9,0-16,0	
Бинокулярное	18	2	-	-	2,0±1,1 0,84±0,09 0,42±0,08 20
Монокулярное	-	-	3	7	4,0±2,2 0,82±0,08 0,34±01 10
Диплопия			2	4	5,0±1,5 0,8±0,1 0,44±0,12 6

Диплопия, монокулярный характер зрения и выраженные астенопические жалобы при зорении вдаль и вблизи определялся у больных при величине анизометропии более 2,0Д, которая сочеталась с малыми углами косоглазия и анизейконией более 3,5%.

Таким образом, в этой группе больных декомпенсация механизма бинокулярного зрения связана с нарушениями как в сенсорном так и в моторном механизмах бинокулярного зрения.

Выводы

1. У пациентов с артифакцией с симетричной рефракцией парных глаз и у пациентов оперированных по методике монокулярного зрения декомпенсации бинокулярного взаимодействия при зорении вдаль и вблизи является анизейкония, сочетающаяся с мышечным дисбалансом и разницей в остроте зрения парных глаз.

2. Бинокулярное взаимодействие без астенопических жалоб при зорении вдаль и вблизи возможно сохранить у пациентов с двусторонней артифакцией при анизейконии до 3,0 %, которая сочетается с ортофорией или гетерофорией до 8,0 пр. дптр.

3. Для выбора тактики интраокулярной коррекции двусторонней афакии в комплексном обследовании обязательно необходимо использовать методы определения мышечного баланса глаз.

Литература

1. Карамян А.А. Коррекция афакии одновременно вдали и вблизи / А.А Карамян // МНТК "Микрохирургия глаза", Москва "офтальмохирургия". - 1993. - №1. - С. 25-331.
2. Коломієць В.О. Патент на винахід Україна 31418 А. Спосіб діагностики девіації ока у хворих з непрозорими оптичними середовищами / В.О. Коломієць, К.І. Ковальова ; опубл. 15.01.2003. - Бюл № 1.
3. Коррекция остаточной гиперметропии при артифакции с дополнительной ИОЛ / Л.Ф. Линник, Амер Салим, А.В. Петретрухин, В.В. Фоменко// Новое в офтальмологии. - 1999. - № 2. - С. 32-33.
4. Сергиенко Н.М. Интраокулярная коррекция / Н.М. Сергиенко. - Киев, 1990. - 126 с.
5. Федоров С.Н. Клинико-функциональные исследования моновизуальной интраокулярной коррекции двусторонней афакии / С.Н. Федоров, А.И. Ивашина, Н.П. Яновская, А.А. Карамян // Офтальмохирургия. - 2000. - № 2. - С. 32-33.
6. Boerner C. Results of monovision in bilateral pseudophakes / C. Boerner, B. Thrasher // Am. Intraocular Implant Soc. J. - 1984. - Vol.10. - P.49-50.
7. Menta K.R. Visual analysis of 550 multifocal 3M IOL / K.R. Menta // The 4-th International Cataract, Implant, Microsurgical and Refractive Keratoplasty Meeting. - Seoul, 1991. - P. 59.
8. Holladay T.J. Achieving emmetropia In extremely short eyes with two piggyback posterior chamber intraocular lenses / T.J Holladay//Ophthalmology. -1996. - Vol. 103, № 7. - P. 1118-1123.
9. Huber C. Myopic astigmatism, a substitute for accommodation in pseudophakia / C. Huber// Doc. Ophthalmol. - 1981. - Vol.52. - P.123-178.
10. Huber C. Planned myopic astigmatism as a substitute for accommodation in pseudophakia / C.Huber// Am. Intraocular Implant Soc. J. - 1981. - Vol.7. - P. 244-249.

Резюме

Ковалева Е.И. Бинокулярные функции у больных с двухсторонней артифакцией с симметричной рефракцией парных глаз и оперированных по методике монокулярного зрения.

Определены причины декомпенсации бинокулярного зрения у больных с двусторонней артифакцией с симметричной рефракцией парных глаз и оперированных по методике монокулярного зрения (моновижн).

Показано, что у пациентов с артифакцией и односторонней псевдомиопией, факторами декомпенсации бинокулярного взаимодействия при зории на различных расстояниях являются дисбаланс в моторной системе глаз более 10 ДПТР в сочетании с анизейконией более 4,0%.

Ключевые слова: артифакция, анизометропия, бинокулярное зрение.

Резюме

Ковальова Є.І. Бінокулярні функції у хворих з двостороннім артифакцією з симетричною рефракцією парних очей і оперованих за методикою монокулярного зору.

Визначено причини декомпенсації бінокулярного зору у хворих з двосторонньою артифакцією з симетричною рефракцією парних очей і оперованих за методикою монокулярного зору (моновіжн).

Показано, що у пацієнтів з артифакцією і односторонньої псевдоміопії, факторами декомпенсації бінокулярного взаємодії при зорі на різних відстанях є дисбаланс в моторній системі очей більше 10 ПР ДПТР у поєднанні з анізейконієй більше 4,0%.

Ключові слова: Артифакія, анізометропія, бінокулярний зір.

Summary

Kovaleva E. *Binocular function in patients with bilateral pseudophakia with symmetrical refraction in fellow eyes and operated by the method of monocular vision.*

Determine the cause of decompensation of binocular vision in patients with bilateral pseudophakia with symmetrical refraction in fellow eyes and operated by the method of monocular vision (monovizhn).

It is shown that in patients with unilateral pseudophakia and pseudomyopia, factors decompensation binocular interaction in vision at different distances is an imbalance in the motor system of the eye for more than 10 dpt aniseikonia in combination with more than 4,0%

Key words: pseudophakia, anisometropia, binocular vision.

Рецензент: д. мед. н., проф. А.М. Петруня

УДК 615.24:[161/342-002.44+616.12-008.331.1]

**ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРІХ
НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ
ХОЛЕЦІСТИТ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У
СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

К.М. Компанієць

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

Високу частоту поєднання хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) пов'язують, зі спільними факторами ризику, в тому числі, крім традиційних, наявністю стресових факторів та психосоматичних розладів [1-11].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана в відповідності з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і є фрагментом теми НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини: "Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією" (№ держреєстрації 0106U0010837).

Метою дослідження було вивчення психодіагностичних показників у хворих з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хеліcobakterіозу у сполученні з ішемічною хворобою серця,

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено комплексне обстеження 327 хворих з ХНХ на фоні хеліcobakterіозу у сполученні з ІХС. Верифікацію ХНХ здійснювали відповідно з Наказом МОЗ України № 271 (2005), ІХС - Наказом МОЗ України № 436 (2006) та рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2010). Якість життя (ЯЖ) хворих із коморбідною патологією визначалась за допомогою опитувальника "MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey" (SF-36), структура якого має 36 пунктів, що згруповані у вісім шкал та об'єднані в 2 сумарних вимірю-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини