

27. Scully R. E., Young R. H., Clement Ph. B. Tumors of the Ovary, Maldeveloped Gonads, Fallopian Tube and Broad Ligament. — Atlas of Tumor Pathology. — F23. — Bethesda, Maryland. — 1998.

28. Demopoulos R. I., Aronov R., Mesia A. Clues to the pathogenesis of fallopian tube carcinoma: a morphological and immunohistochemical case control study // Int. J. Gynecol. Pathol. — 2001. — N 20. — P. 128-132.

29. Chow S. N., Chen M. Tubo-ovarian abscess mimicking malignancy: report of two cases // J. Formos. Med. Assoc. — 2000. — N 99. — P. 779-782.

30. Медведев Б. И., Казачкова Э. А., Казачков Е. П. Особенности местного иммунитета при ассоциированных заболеваниях органов таза // ЖМЭИ. — 2000. — № 2. — С. 89-92.

31. Долгушина В. Ф., Телешева Л. Ф., Долгушин И. И. Местный иммунитет половой системы у беременных с генитальной инфекцией // Там же. — С. 92-95.

32. Иванюта Л. И., Травянко Т. Д., Ракша И. И. Фолликулогенез в ди-

намике менструального цикла и содержание стероидных гормонов в фолликулярной жидкости у женщин с бесплодием воспалительного генеза // Акуш. и гинек. — 1990. — № 6. — С. 32-34.

33. Фанченко Н. Д., Алексеева М. Л. Внутриклеточное распределение эстрогенных рецепторов в эндометрии человека // Вопр. мед. химии. — 1985. — № 2. — С. 24-27.

34. Долгушин И. И., Черных С. Л., Долгушина В. Ф. Гормональная коррекция резидентной микрофлоры влагалища и шейки матки у женщин с хроническими цервицитами // ЖМЭИ. — 2001. — № 4. — С. 100-104.

35. Канаян А. С., Агабекян Г. Г., Канаян С. А., Штозинек П. Экстраовариальная опухоль Бреннера, ассоциированная с хроническим нетуберкулезным сальпингитом и хронической эктопической беременностью (описание случая) // Медицинская визуализация. — 2003. — № 2. — С. 74-75.

36. Gray Y., Libbey N. P. Xanthogranulomatous Salpingitis and Oopho-

ritis. A case Report and Review of the Literature // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2001. — N 125. — P. 260-263.

37. Quijano G., Cohen M. Salpingooforitis xantogranulomatosa asociada con malformacion uorrectogenital en una adolescente // Arch. Argent. Pediatr. — 2003. — N 101. — P. 119-121.

38. Intravenous leiomyomatosis: molecular and cytogenetic analysis of a case / B. J. Qude, P. Dal Cin, D. M. Neskey et al. // Med. Pathol. — 2002. — N 15. — P. 351-356.

39. Tips and tricks: Intravenous leiomyomatosis / M. Ahmed, S. Zangos, W. O. Bechstein, T. J. Vogl // Eur. Radiol. — 2003. — Nov. — P. 1-3.

40. Roth L. M., Reed R. J. Cotyledonoid leiomyoma of the uterus: report of a case // Int. J. Gynecol. Pathol. — 2000. — N 19. — P. 272-275.

41. Mi-Jin Kim, Yoon-Ki Park, Jae-Ho Cho Cotyledonoid Dissecting Leiomyoma of the Uterus: A Case Report and Review of the Literature // J. Korean med. Sci. — 2002. — N 17. — P. 840-844.

УДК 617.741-004.1-053.9-08

Г. Ю. Венгер, Н. А. Ульянова

## РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВІКОВУ КАТАРАКТУ

Одеський державний медичний університет

За останні роки в Україні захворюваність на катаракту зросла більше ніж удвічі [1], особливого медико-соціального значення набуває збільшення частоти виникнення катаракти у осіб молодого працездатного віку [2]. Удосконалення мікрохірургічних технологій забезпечило значне зменшення інвалідності, спричиненої катарактою, але не задовольнило потреби у високоефективних консервативних методах лікування та профілактики даної патології. У сучасній офтальмології для профілактики помутніння кришталика широкого застосування набули інстиляції крапель різного вмі-

сту, були спроби використання антиоксидантних, ферментативних препаратів [3; 4]. Однак не сформувалося сталої загальноприйнятої комбінації препаратів як місцевого, так і системного впливу для профілактики та консервативного лікування вікової катаракти.

**Метою** нашої роботи було дослідження ефективності комплексного використання очних крапель «Квінакс» і гепатопротекторного препарату «Карсил» при віковій катаракті.

### Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебувало 40 хворих (80 очей) з

початковою віковою катарактою, віком від 50 до 60 років. У відповідності з метою та завданням дослідження хворі були розподілені на дві однакові групи. За локалізацією помутнінь визначали задньокапсулярні, кортикальні, ядерні та змішані форми вікової катаракти, які траплялися з однаковою частотою в усіх групах.

Хворим першої групи для консервативного лікування призначали очні краплі «Квінакс» постійно, згідно з відповідними рекомендаціями, а хворим другої групи — комплексне консервативне лікування з використанням очних крапель «Квінакс» по 2 краплі



в кон'юнктивальну порожнину тричі на добу, щодня впродовж усього курсу лікування та препарат «Карсил» внутрішньо по 1 драже 3 рази на добу, щодня впродовж місяця, з повторним призначенням через кожні 6 міс. Термін спостереження за хворими становив 12 міс.

Усім хворим виконували стандартне офтальмологічне обстеження (до початку лікування, через 1, 6 та 12 міс після початку лікування): визначення гостроти зору, поля зору, чутливості зорового нерва за фосфеном, тонометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, УЗ-ехобіометрію. Швидкість прогресування катаракти оцінювали за змінами показників гостроти зору в динаміці, даними біомікроскопії кришталиків з обов'язковим медикаментозним мідріазом, за динамікою змін показників оптичної щільності кришталиків.

Для визначення оптичної щільності кришталика одержували статичне його зображення у прохідному світлі в умовах мідріазу за допомогою фотоцілінної лампи «Carl Zeiss». Негативи аналізували на мікроскопі «Carl Zeiss Axiostar» з підключеною цифровою відеокамерою. Отримані цифрові зображення вивчали з використанням програмного забезпечення «ВідеоТест 4.0-Мастер» виробництва фірми

«ВідеоТест», Росія. Оптичну щільність кришталиків визначали в одиницях яскравості (о. я.).

### Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих в обох групах вихідна максимальна коригована гострота зору становила у середньому 0,7; при біомікроскопії виявлялися поодинокі дрібні задньокапсулярні вакуолі, початкова офускація задньої капсули кришталика, огрубіння заднього кришталикового шва. Середня оптична щільність кришталиків у хворих першої та другої груп спостереження до початку лікування статистично не відрізнялася (таблиця).

У хворих, які отримували лише «Квінакс», через 6 міс після початку лікування гострота зору знизилася на 14,3 %. Надалі катаракта продовжувала прогресувати, про що свідчило зменшення гостроти зору через рік на 21,4 %. Оптична щільність кришталика збільшувалася відповідно на 5 та 11,4 % порівняно зі станом на момент початку лікування. Наведені показники гостроти зору й оптичної щільності кришталика корелювали з даними біомікроскопічного дослідження.

У групі хворих, які отримували комплексне лікування,

виявлено лише тенденцію до зменшення гостроти зору та збільшення оптичної щільності кришталика через 6 міс після початку лікування. Обстеження хворих даної групи через рік після початку лікування не виявило ознак прогресування катаракти. У цих хворих також були вища (на 18,2 %) гострота зору і нижча (на 7,6 %) оптична щільність кришталика порівняно з хворими, які впродовж року отримували лише «Квінакс».

Ефективність запропонованої комбінації зазначених препаратів, на нашу думку, забезпечується поєднанням їх ефектів. Використання у хворих на катаракту «Квінаксу», який запобігає окисленню функціональних груп кристалінів, перешкоджає денатураційним змінам кришталикових білків та їх помутнінню.

Проте для ініціації механізмів катарактогенезу може мати значення стан антиоксидантного статусу — як місцевого (у кришталику), так і загального. Тому застосування лише «Квінаксу» у хворих, як свідчать наші дослідження, не виключає подальшого прогресування катаракти. Застосування карсилу, який містить біоантиоксидант силімарин, може бути виправданим у даному випадку з двох причин. По-перше, реалізація антиоксидантної активності силімарину здійснюється за рахунок переривання ланцюга вільнорадикальних реакцій [5]. По-друге, силімарин, якому притаманні гепатопротекторні властивості, запобігатиме або зменшуватиме вільно-радикальне ушкодження гепатоцитів, що виникає при хронічному системному окисному стресі, і сприятиме, таким чином, підтримці печінкою антиоксидантного гомеостазу всього організму [6]. Отже, відбувається одночасно вплив на місцеві (у кришталику), патогенетичні ланки катарактогенезу та на системні фактори, зо-

Таблиця

### Динаміка змін гостроти зору та оптичної щільності кришталика при різних методах консервативного лікування

Метод лікування	Показники	До лікування	Після початку лікування		
			1 міс	6 міс	12 міс
«Квінакс»	Гострота зору	0,70±0,03	0,70±0,04*1	0,60±0,02	0,55±0,03
	Оптична щільність	2,01±0,03	2,02±0,07*1	2,11±0,04	2,24±0,05
«Квінакс», карсил	Гострота зору	0,71±0,02	0,70±0,02*1	0,65±0,03*1	0,65±0,03*1, *2
	Оптична щільність	2,01±0,03	2,02±0,04*1	2,07±0,04*1	2,07±0,03*1, *2

Примітка. \*1 —  $P > 0,05$  порівняно зі станом на момент початку лікування; \*2 —  $P < 0,05$  порівняно із хворими, які отримували лише «Квінакс».



крема, стан антиоксидантної системи організму, функціональний стан печінки, зміни яких сприяють прогресуванню вікової катаракти.

### Висновки

Таким чином, поєднане використання очних крапель «Квінакс» і гепатопротекторного препарату карсил є ефективним комплексним засобом консервативного лікування та профілактики прогресування вікової катаракти.

Перспективи подальших розробок: доведення ефективності застосування препаратів місцевого та системного

спрямування для лікування вікової катаракти визначає необхідність подальших досліджень залежності перебігу процесів катарактогенезу від стану реактивності, неспецифічної резистентності організму.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Левтюк Л. І., Аніна Є. І., Степанюк Г. І. Катаракта серед населення України // Наук. конф. офтальмологів, присвяч. 125-річчю акад. В. П. Філатова. Одеса, Україна, 2000: Тези доп. — Одеса: Астропринт, 2000. — С. 72-73.

2. Пучківська Н. О. Актуальні питання патогенезу, діагностики та лікування сенільної катаракти // Журн. АМН України. — 1995. — Т. 1, № 2. — С. 245-254.

3. Мальцев Є. В., Паєлюченко К. П. Биологические особенности и заболевания хрусталика. — Одесса: Астропринт, 2002. — 448 с.

4. Полунин Г. С., Полунина Е. Г., Шеремет Н. Л. Классификация катаракт и возможности их терапевтического лечения // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2003. — Т. 3, № 2. — С. 37-42.

5. Логинов А. С., Матюхин Б. Н. Внутриклеточная активация кислорода и молекулярные механизмы автоокислительного повреждения печени // Вестник РАМН. — 1994. — № 5. — С. 3-7.

6. Харченко Н. В. Сучасні гепатопротектори в лікуванні хворих із хронічними ураженнями печінки // Ліки України. — 2004. — № 3. — С. 14-18.

УДК 618.3-06:616.8-009.24:159.942-055.26

С. Р. Галич

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОКУ У МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИНАХ ГОЛОВИ І ШИЇ ПАЦІЄНТОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Незважаючи на численні наукові дослідження, проблема преекламписі ще далека від остаточного розв'язання, оскільки це ускладнення вагітності зумовлює високі показники перинатальної захворюваності та смертності [1; 2]. Базуючись на наявних відомостях, сучасне акушерство розглядає преекламписю з позицій синдрому дизадаптації, в основі якої лежить судинний спазм з подальшою ішемією, коагулопатичними зрушеннями та погіршенням мікроциркуляції у життєво важливих органах [3; 4].

Клінічними проявами виразності системних порушень і тяжкості преекламписі вважаються симптоми подразнення ЦНС [5]. Появу таких симптомів (головний біль, запамом-

рочення, миготіння «мушок» перед очима, погіршення зору, нудота та ін.) зазвичай розглядали як прояви тяжкої преекламписі — за нинішньою класифікацією, або власне преекламписі — за попередньою класифікацією [6; 7]. Однак деякі наукові дані та клінічна практика спонукали до думки про те, що перераховані симптоми нерідко супроводжують фізіологічну вагітність або при таманні пацієнткам з вегетосудинною дистонією і не завжди свідчать про наявність дизадаптації [8].

У попередніх дослідженнях нами продемонстровано різницю між термінами виникнення та виразністю вегетативно-емоційних скарг впродовж фізіологічної та ускладненої преекламписі вагітності [9]. Пояснення отрима-

ним даним вбачали у припущенні, що встановлена різниця зумовлена особливостями кровопостачання головного мозку та шийного відділу спинного мозку, які здійснюють центральну регуляцію кровотоку.

**Метою** нинішнього етапу дослідження було встановлення особливостей кровотоку в магістральних судинах голови та шиї пацієнток впродовж фізіологічної вагітності та за умов розвитку преекламписі.

### Матеріали та методи дослідження

Кровотік у магістральних судинах голови та шиї досліджували методом кольорового дуплексного картування (КДК) за допомогою апарата "Sonoline Elegra" фірми Sie-

