

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-



mens. Методика КДК — ультразвукова технологія візуалізації кровотоку, що ґрунтується на реєстрації швидкостей руху крові, їхньому кодуванні різними кольорами і накладенні отриманої картини на двовимірне чорно-біле зображення того утворення, яке досліджується. Згідно з методикою КДК, УЗ-датчиком зображувалася певна судина голови або шиї, ділянка якої виділялася рамкою. У кожному виділеному об'ємі виконувалося доплерографічне вимірювання швидкості кровотоку (ШК). Залежно від напрямку і середньої ШК сонографічна система (сканер) кодувала відповідну точку зображення певним кольором. Таким чином, напрям і середня ШК у кожному контрольному об'ємі мала кольорове представництво на екрані, а їхня сукупність формувала кольорове доплерівське зображення. Рух крові до датчика кодувався червоним кольором, від датчика — синім. При зростанні ШК кольори набували світлі-

шого відтінку, що свідчило про наявність стенозу судин. Уповільнення кровотоку кодувалося темнішим кольором. Система дозволяла здійснювати кількісне визначення ШК [10].

За вказаною методикою обстежено 60 жінок, у 40 із яких дослідження здійснювали у передгравідарному періоді і повторювали тричі впродовж вагітності у терміни найбільшого напруження адаптаційних систем і максимальної виразності вегетативно-емоційних скарг (7–12, 29–32 і 37–39 тиж) [9]. Аналіз отриманих результатів проводили після розподілу пацієнток за 4 групами згідно з наслідками закінчення вагітності.

Вважали за доцільне виділити групу здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності (I група), вагітних групи ризику прееклампсії з неускладненою вагітністю (II група), пацієнток з гестаційними набряками (III група) та вагітних з прееклампсією (IV група).

Результати дослідження та їх обговорення

Показники ШК, що визначались у здорових жінок до вагітності, наведені у табл. 1. Як видно з отриманих даних, наявність вагітності та її подальше фізіологічне прогресування не спричиняло зміни ШК у магістральних судинах голови та шиї здорових жінок.

У жінок, які належали до групи ризику прееклампсії, відмічено деякі особливості ШК. Так, при неускладненому перебігу гестаційного процесу (II група) показники ШК під час усіх критичних термінів вагітності не відрізнялися від таких у здорових вагітних і одне від одного (табл. 2). Встановлені раніше скарги вегетативно-емоційного характеру дійсно були характерні для цих пацієнток у критичні терміни вагітності [9]. Однак відсутність спазму магістральних судин голови виключала наявність генералізованого спазму і дизадаптації.

Таблиця 1

Показники швидкостей кровотоку в артеріях голови та шиї здорових жінок під час фізіологічної вагітності (I група)

Артерії	До вагітності, n=10	Терміни гестації		
		7–12 тиж, n=15	29–32 тиж, n=10	37–39 тиж, n=15
Загальна сонна ліва	31,2±8,2	30,4±7,2	32,4±7,9	31,6±7,6
Загальна сонна права	31,2±7,2	30,2±6,8	30,8±8,2	31,0±7,4
Внутрішня сонна ліва	26,8±3,4	22,8±6,6	27,1±2,7	24,6±4,2
Внутрішня сонна права	33,8±6,4	22,6±8,2	36,5±7,1	30,4±7,8
Хребтова ліва	16,9±6,1	12,8±4,9	18,4±8,1	14,5±5,2
Хребтова права	12,4±4,8	13,2±5,1	11,3±4,9	14,8±3,9
Надлобкова ліва	14,1±3,8	16,5±6,7	14,4±5,9	17,5±6,1
Надлобкова права	10,4±4,7	14,1±3,9	12,3±4,8	15,3±5,0
Передня мозкова ліва	22,8±7,4	24,9±7,9	26,4±6,2	28,2±6,4
Передня мозкова права	41,8±7,2	31,1±8,6	42,2±6,7	44,4±6,4
Середня мозкова ліва	42,4±4,9	40,1±7,8	44,6±5,8	42,2±5,2
Середня мозкова права	40,1±4,3	42,4±6,1	42,1±7,2	44,0±8,2
Задня мозкова ліва	26,6±3,2	28,4±5,2	22,1±4,9	28,0±6,4
Задня мозкова права	29,3±2,8	30,2±1,9	30,1±2,2	32,4±4,2
Основна	33,0±3,9	24,9±4,5	28,3±4,8	30,8±4,9
Хребтова ліва (інтракраніальний відділ)	24,5±2,1	28,9±1,3	26,2±1,1	26,9±2,2
Хребтова права (інтракраніальний відділ)	31,5±1,4	30,6±2,9	30,7±2,1	32,1±2,2



Показники швидкостей кровотоку в артеріях голови та шиї жінок групи ризику (II група)

Артерії	До вагітності, n=10	Терміни гестації		
		7–12 тиж, n=15	29–32 тиж, n=10	37–39 тиж, n=15
Загальна сонна ліва	31,2±8,2	30,4±7,2	32,4±7,9	31,6±7,6
Загальна сонна права	31,2±7,2	30,2±6,8	30,8±8,2	31,0±7,4
Внутрішня сонна ліва	26,8±3,4	22,8±6,6	27,1±2,7	24,6±4,2
Внутрішня сонна права	33,8±6,4	22,6±8,2	36,5±7,1	30,4±7,8
Хребтова ліва	16,9±6,1	12,8±4,9	18,4±8,1	14,5±5,2
Хребтова права	12,4±4,8	13,2±5,1	11,3±4,9	14,8±3,9
Надлобкова ліва	14,1±3,8	16,5±6,7	14,4±5,9	17,5±6,1
Надлобкова права	10,4±4,7	14,1±3,9	12,3±4,8	15,3±5,0
Передня мозкова ліва	22,8±7,4	24,9±7,9	26,4±6,2	28,2±6,4
Передня мозкова права	41,8±7,2	31,1±8,6	42,2±6,7	44,4±6,4
Середня мозкова ліва	42,4±4,9	40,1±7,8	44,6±5,8	42,2±5,2
Середня мозкова права	40,1±4,3	42,4±6,1	42,1±7,2	44,0±8,2
Задня мозкова ліва	26,6±3,2	28,4±5,2	22,1±4,9	28,0±6,4
Задня мозкова права	29,3±2,8	30,2±1,9	30,1±2,2	32,4±4,2
Основна	33,0±3,9	24,9±4,5	28,3±4,8	30,8±4,9
Хребтова ліва (інтракраніальний відділ)	24,5±2,1	28,9±1,3	26,2±1,1	26,9±2,2
Хребтова права (інтракраніальний відділ)	31,5±1,4	30,6±2,9	30,7±2,1	32,1±2,2

Аналогічна ситуація була характерною для вагітних із гестаційними набряками (III група). Не виявлено вірогідної різниці між показниками ШК магістральних судин голови і шиї до вагітності та під час неї, що також свідчило про відсутність локального судинного спазму і виключало наявність генералізованого спазму (табл. 3).

У пацієнток, в яких вагітність надалі ускладнилася прееклампсією, вже з ранніх термінів гестації відмічалися деякі важливі, на наш погляд, особливості кровопостачання головного мозку та шийного відділу спинного мозку (табл. 4). Зростання ШК, що свідчило про наявність судинного спазму, починалось у 7–12 тиж і зберігалось під час інших критичних термінів вагітності (29–32 і 37–39 тиж). Вказані зміни були виявлені у судинах шиї з обох боків (у лівій та правій хребтових артеріях), вони розповсюджувалися на інтракраніальний відділ однієї з хребтових артерій (у табл. 4 позначений як лівий).

Посилення ШК супроводжувалося збільшенням індексу резистентності (IP) у перерахованих судинах, що підтверджувало наявність їхнього спазму.

Одночасно зафіксовано зростання ШК у судинах, які забезпечують кров'ю головний мозок, що також наставало у критичні терміни вагітності. Так, вірогідне збільшення ШК зареєстроване в обох передніх та середніх мозкових артеріях, а також в одній із задніх мозкових артерій (у табл. 4 позначена як ліва).

Таким чином, нами встановлена відсутність спазму судин голови та шиї у здорових жінок впродовж фізіологічної вагітності, як і у пацієнток групи ризику прееклампсії за умови неускладненого перебігу вагітності, та у вагітних із гестаційними набряками. Одночасно виявлено спазм окремих судин голови та шиї у пацієнток, в яких згодом розвинулася прееклампсія. Вищезазначені зміни розпочиналися з ранніх термінів і повторю-

валися у критичні терміни вагітності. Встановлене раніше деяке «запізнення» вегетативно-емоційних скарг (13–26 тиж) у пацієнток з подальшою прееклампсією на фоні виразного спазму судин голови (після 7–12 тиж), можливо, свідчило про патогенетичну роль спазму магістральних судин голови та шиї у формуванні «хибних кіл» при розвитку синдрому дизадаптації. Логічно припустити, що виявлені раніше скарги вегетативно-емоційного характеру, які іноді виникали у здорових вагітних, у деяких пацієнток групи ризику та у вагітних із гестаційними набряками, не були наслідком судинного спазму, не спричиняли суттєвих змін кровотоку в судинах головного мозку, або були швидкоплинними.

Висновки

1. Відсутність порушень кровотоку у магістральних судинах голови та шиї у критичні терміни вагітності (7–12, 29–32 та 37–39 тиж) зазвичай свід-



Показники швидкостей кровотоку в артеріях голови та шиї у вагітних з гестаційними набряками (III група)

Артерії	До вагітності, n=10	Терміни гестації		
		7–12 тиж, n=15	29–32 тиж, n=10	37–39 тиж, n=15
Загальна сонна ліва	31,2±8,2	30,4±7,2	32,4±7,9	31,6±7,6
Загальна сонна права	31,2±7,2	30,2±6,8	30,8±8,2	31,0±7,4
Внутрішня сонна ліва	26,8±3,4	22,8±6,6	27,1±2,7	24,6±4,2
Внутрішня сонна права	33,8±6,4	22,6±8,2	36,5±7,1	30,4±7,8
Хребтова ліва	16,9±6,1	12,8±4,9	18,4±8,1	14,5±5,2
Хребтова права	12,4±4,8	13,2±5,1	11,3±4,9	14,8±3,9
Надлобкова ліва	14,1±3,8	16,5±6,7	14,4±5,9	17,5±6,1
Надлобкова права	10,4±4,7	14,1±3,9	12,3±4,8	15,3±5,0
Передня мозкова ліва	22,8±7,4	24,9±7,9	26,4±6,2	28,2±6,4
Передня мозкова права	41,8±7,2	31,1±8,6	42,2±6,7	44,4±6,4
Середня мозкова ліва	42,4±4,9	40,1±7,8	44,6±5,8	42,2±5,2
Середня мозкова права	40,1±4,3	42,4±6,1	42,1±7,2	44,0±8,2
Задня мозкова ліва	26,6±3,2	28,4±5,2	22,1±4,9	28,0±6,4
Задня мозкова права	29,3±2,8	30,2±1,9	30,1±2,2	32,4±4,2
Основна	33,0±3,9	24,9±4,5	28,3±4,8	30,8±4,9
Хребтова ліва (інтракраніальний відділ)	24,5±2,1	28,9±1,3	26,2±1,1	26,9±2,2
Хребтова права (інтракраніальний відділ)	31,5±1,4	30,6±2,9	30,7±2,1	32,1±2,2

Таблиця 4

Показники швидкостей кровотоку в артеріях голови та шиї вагітних із преєклампсією

Артерії	До вагітності, n=10	Терміни гестації		
		7–12 тиж, n=15	29–32 тиж, n=10	37–39 тиж, n=15
Загальна сонна ліва	31,2±8,2	32,4±7,9	34,1±8,6	31,6±9,1
Загальна сонна права	31,4±7,2	33,4±8,1	30,7±6,8	34,1±7,2
Внутрішня сонна ліва	26,8±3,4	46,8±3,4 *	56,4±4,2 *	52,2±4,8 *
Внутрішня сонна права	33,8±6,4	30,2±5,1	32,7±8,2	34,1±7,4
Хребтова ліва	16,9±3,1	26,9±4,1 *	28,8±6,3 *	28,9±7,1 *
Хребтова права	12,4±4,8	32,1±5,2 *	34,4±6,1 *	30,8±4,9 *
Надлобкова ліва	14,1±3,8	12,8±5,4	15,6±5,8	16,2±4,6
Надлобкова права	10,4±4,7	12,2±5,2	12,8±6,1	14,6±6,4
Передня мозкова ліва	22,8±7,4	42,8±7,4 *	44,6±6,2 *	40,9±8,1 *
Передня мозкова права	41,8±7,2	56,4±4,7 *	54,6±7,4	51,8±4,2 *
Середня мозкова ліва	42,4±4,9	62,4±4,9 *	66,2±5,1*	60,1±4,7 *
Середня мозкова права	40,1±4,3	60,1±4,3 *	62,2±3,8 *	58,3±3,9 *
Задня мозкова ліва	26,6±3,2	40,6±3,2 *	42,2±3,6 *	44,4±4,0 *
Задня мозкова права	29,3±2,8	26,4±3,1	31,2±3,6	28,1±2,6
Основна	33,0±3,9	32,8±4,2	31,5±4,2	34,2±5,0
Хребтова ліва (інтракраніальний відділ)	24,5±2,1	34,5±2,1 *	36,1±4,1 *	36,3±5,4 *
Хребтова права (інтракраніальний відділ)	31,5±1,4	32,8±2,1	30,5±4,2	34,4±2,2

Примітка. * — вірогідна різниця із показником до вагітності.

чить про фізіологічний перебіг вагітності, але не виключає розвитку гестаційних набряків у здорових жінок та у пацієн-

ток групи ризику преєклампсії. 2. У жінок, в яких виразний спазм магістральних судин голови і шиї настає у I триместрі

вагітності та зберігається впродовж інших критичних термінів вагітності (29–32 і 37–39 тиж), у подальшому розви-



вається синдром дизадаптації, що дозволяє розглядати вказаний симптом як одну з ранніх прогностичних ознак прееклампсії.

3. Збільшення ШК та індексу резистентності у магістральних артеріях голови та шиї зумовлене спазмом цих судин і супроводжується подальшим посиленням вегетативно-емоційних скарг у критичні терміни вагітності.

4. Виникнення перерахованих змін у ранні терміни вагітності до появи інших патологічних симптомів прееклампсії дозволяє своєчасно прогнозувати це ускладнення вагітності у жінок групи ризику та здійснювати патогенетично зумовлені впливи. Такі впливи повинні мати на меті посилення адаптації та усунення початкових проявів дизадаптації

основних регуляторних систем жіночого організму в ранні терміни вагітності.

5. Отримані дані свідчать про необхідність подальшого вивчення особливостей регуляції кровозабезпечення життєво важливих органів при фізіологічній та ускладненій вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н. Г. Актуальні проблеми материнства та дитинства на етапі реформування медичної галузі в Україні // *Нова медицина*. — 2002. — № 1. — С. 18-20.

2. Моисеєнко Р. А. Охрана здоровья матери и детей в Украине: проблемы и перспективы // *Здоровье женщины*. — 2003. — № 3 (15). — С. 8-16.

3. *Избранные лекции по акушерству и гинекологии* / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. — Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2000. — С. 42-62.

4. Коломийцева А. Г. Поздние гестозы беременных // *Вісник асоціації акушерів-гінекологів*. — 1999. — № 3. — С. 79-89.

5. Коломийцева А. Г. Поздние гестозы беременных // *Актуальные вопросы акушерства* / Под ред. Е. В. Коханевич. — К.: ТМК, 2001. — С. 39-59.

6. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. *Практическое акушерство*. — М.: Медицина, 1989.

7. Венцівський Б. М., Запорожан В. М., Сенчук А. Я. *Гестози вагітних: Навч. посібник*. — К.: Аконтіт, 2002. — 112 с.

8. Серов В. И., Маркин С. А., Лубнин А. Ю. *Эклампсия: Рук. для врачей*. — М.: Мед. информ. агентство, 2002. — 464 с.

9. Галич С. Р. Особливості психоемоційного стану вагітних із прееклампсією // *Одес. мед. журнал*. — 2004. — № 1 (81). — С. 49-53.

10. Куликов В. П. Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний. — Новосибирск: СО РАМН, 1997. — 204 с.

УДК 616.127-089-06:616.1

Ф. Д. Євчев

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ГОМОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ ІЗ РЕЦИДИВНИМИ ПУХЛИНАМИ ГОРТАНІ Й ТАКТИКА ВЕДЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Одеський державний медичний університет

Серед ЛОР-онкологічних хворих великий відсоток становлять особи середнього і літнього віку. Зміни гомеостазу багато в чому залежать від метаболічної активності ракових клітин. Проблема забезпечення анестезіологічної допомоги та ведення післяопераційного періоду у хворих на рак гортані залишається актуальною, тому що порушення, індуковані пухлинним процесом, накладаються на існуючі вже вікові дисфункції та на дію різних екзогенних факторів. Незважаючи на інтенсивність проведених досліджень і різноманітність лікувальних за-

ходів, ведення анестезіологічної допомоги та післяопераційного періоду у хворих з артеріальною гіпертензією є проблематичним. На жаль, застосовувані сьогодні методи передопераційного обстеження недостатні й часом поверхневі. Не враховується низка важливих діагностичних параметрів, характерних, з одного боку, для осіб літнього віку, а з другого — для хворих на рак гортані.

Ріст рецидивної пухлини, наявність регіонарного метастазування, вплив передопераційної променевої терапії супроводжуються функціо-

нальними і морфологічними змінами великих і дрібних артерій, капілярів, вен та лімфатичних судин, гіпоксією й порушенням процесів аеробного окиснення. Особливе місце посідає патологічна деформація (ПД) сонних артерій (СА), що неминуче призводить до деформації венозних і лімфатичних судин. При цьому відбуваються зниження регіонарного кровотоку та різке підвищення периферичного судинного тону [1; 2; 7; 11].

Зниження регіонарного кровотоку є патогенетичним фактором розвитку порушень мозкової гемодинаміки. Післяпе-

