

**Соколовська І.С.** *Тазове передлежання плода: порівняльна характеристика методів полого розродження.*

Різні види тазових передлежань плодів вважаються патологічними, тому вагітних відносять до групи високого ризику. Внаслідок цього тенденція до кесарського розтину збільшується, а з нею збільшується кількість жінок з рубцем на матці. Тому дуже важливо проаналізувати та порівняти результати пологів в сидничному передлежанні, які проходили консервативно, та оперативні. Проведений аналіз не показав збільшення частоти гострого дистресу плодів, народжуваних в тазовому передлежанні відносно фізіологічних.

**Ключові слова:** тазове передлежання, гострий дистрес, кесарський розтин, перинатальні наслідки.

#### Summary

**Sokolovska I.S.** *Comparison of methods of delivery fetus in breech presentation according to indicators.*

Different types of breech presentation of the fetus refer to pathological, that is why pregnant women are at high risk. There is a tendency to increase the frequency of Cesarean section. But in comparison with natural delivery, operation increases the frequency of women with uterine scar. The analysis showed, that the emergence of severe fetal distress in delivery with breech presentation of the fetus is not higher than in physiological delivery but the total operative impact assessment worse.

**Key words:** breech presentation, fetal distress, Cesarean section, perinatal complications.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. В.В. Сімрок

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАЗВИТИЕМ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ С КЕРАТИТОМ

**В.Я. Усов, Тарик Абоу Тарбоуш**

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса)*

#### Введение

По данным ВОЗ до 20 млн. человек в мире страдает катарактой, которая является причиной слепоты. При этом важно отметить, что около 70% случаев заболевания катарактой носит прогрессирующий характер и требует хирургического вмешательства [1-4]. Среди множества факторов, способствующих развитию катаракты, существенный интерес представляет изучение влияния воспалительного процесса в роговице на устойчивость хрусталика к действию катарактогенных факторов. Воздействие токсических продуктов, вызванных воспалительным процессом в роговице и распадом клеток с последующим лизисом клеточных белков, выделением биологически активных веществ (биогенных аминов, простагландинов) и недоокисленных продуктов обмена, обуславливает развитие эндогенной интоксикации, которая в той или иной степени сопровождается почти все периоды развития кератита [2, 3].

Применение современных технологий в хирургии катаракты улучшило качество лечения этой распространенной патологии. Однако имеющие все же послеоперационные осложнения ставят эту проблему в ряд актуальных разделов офтальмохирургии. Замедление процесса прогрессирования катаракты с помощью офтальмотерапевтических методов способно уменьшить количество операций в среднем на 50%. В этой связи повышение эффективности лекарственной терапии предупреждения прогрессирования катаракты носит актуальный характер [5-7].

**Цель работы** - оценить эффективность применения капель эмоксипина для профилактики прогрессирования катаракты у больных с кератитом.

#### Материал и методы исследования

Исследования были проведены на 110 пациентах. Больных с ядерной катарактой было 33, корковой – 66, заднекапсулярной –

11. По степени зрелости: начальных – 46, незрелых – 64 (с остротой зрения 0,3-0,7) – 43 человека, с остротой зрения 0,3 - 0,1 – 21 человек.

В основной группе больных с кератитом и корковой катарактой у 34 (31%) на фоне традиционной терапии имеющегося кератита выполнялись инстиллянии капель эмоксипина. Контролем служили 32 пациента (29%) с корковой катарактой, которым проводилась только терапия кератита. В основной группе больных с кератитом и ядерной катарактой у 18 (16,4%) на фоне традиционной терапии имеющегося кератита выполнялись инстиллянии капель эмоксипина. Контролем служили 15 пациентов (13,6%) с ядерной катарактой, которым проводилась только терапия кератита. В основной группе больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой у 6 (5,4%) на фоне традиционной терапии имеющегося кератита выполнялись инстиллянии капель эмоксипина. Контролем служили 5 пациентов (4,6%) с заднекапсулярной катарактой, которым проводилась только терапия кератита.

Степень выраженности патологических изменений в хрусталиках и эффективность проводимого лечения оценивали по остроте зрения, степени помутнения хрусталика, выраженной в рангах от 1 до 4 при помощи офтальмобиомикроскопии. Динамическое наблюдение за больными осуществляли через 3, 6, 12, 18 месяцев. Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением пакета Statistica 8.0.

#### Полученные результаты и их обсуждение

При поступлении в стационар среди больных с кератитом и корковой катарактой основной группы начальная катаракта отмечена у 15 (44,1%), Незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 была у 13 пациентов (38,3%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 6 пациентов (17,6%). В сроки наблюдения 3 месяца среди больных с кератитом и корковой катарактой основной группы количество пациентов с начальной катарактой уменьшилось до 12 (35,3%). При этом увеличилось число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 до 14 (41,2%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 - до 8 пациентов (23,5%). В сроки наблюдения 6 месяцев количество пациентов с начальной катарактой также уменьшилось до 9 (26,5%). При этом увеличилось число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 до 15 (44,1%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 - до 10 пациентов (29,4%). В сроки наблюдения 12 месяцев количество больных с кератитом и начальной ка-

тарактой оставалось таким же - 9 (26,5%). При этом число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 уменьшилось до 14 (41,2%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 – увеличилось до 11 пациентов (32,3%). В сроки наблюдения до 18 месяцев количество больных с кератитом и начальной катарактой уменьшилось до 8 (20,6%). При этом число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 уменьшилось до 12 (35,3%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 – увеличилось до 12 пациентов (38,3%). При этом у 2 пациентов (5,8%) наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1.

При поступлении в стационар среди больных с кератитом и корковой катарактой контрольной группы начальная катаракта встречалась у 14 (43,7%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 11 пациентов (34,4%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 7 пациентов (21,9%) (табл.1).

Таблица 1

**Распределение больных с кератитом основной и контрольной групп по стадиям зрелости корковой катаракты в сроки наблюдения 3-18 месяцев**

Сроки наблюдения (мес.)	Степень зрелости (острота зрения)								Всего	
	Начальная (1,0-0,7)		Незрелая (0,7-0,3)		Незрелая (0,3-0,1)		Зрелая (< 0,1)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Основная группа</b>										
До лечения	15	44,1	13	38,3	6	17,6	0	-	34	100
3	12	35,3	14	41,2	8	23,5	0	-	34	100
6	9	26,5	15	44,1	10	29,4	0	-	34	100
12	9	26,5	14	41,2	11	32,3	0	-	34	100
18	8	20,6	12	35,3	12	38,3	2	5,8	34	100
<b>Контрольная группа</b>										
До лечения	14	43,7	11	34,4	7	21,9	0	-	32	100
3	10	31,2	14	43,8	8	25,0	0	-	32	100
6	6	18,7	12	37,5	12	37,5	2	-	32	100
12	3	9,4	12	37,5	14	43,7	3	9,4	32	100
18	2	6,3	9	28,1	14	43,7	7	21,9	32	100

В сроки наблюдения 3 месяцев начальная катаракта встречалась у 10 (31,2%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 14 пациентов

(43,8%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 8 пациентов (25%). В сроки наблюдения 6 месяцев начальная катаракта встречалась у 6 (18,7%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 12 пациентов (37,5%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 также была у 12 пациентов (37,5%). Однако у 2 (6,3%) пациентов наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1. В сроки наблюдения 12 месяцев уменьшилось число пациентов с начальной катарактой до 3 (9,4%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 - осталось на том же уровне - 12 (37,5%), а с незрелой катарактой и остротой зрения 0,1-0,3 увеличилось до 14 (43,7%). У 3 пациентов (9,4%) наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1. В сроки наблюдения 18 месяцев уменьшилось число пациентов с начальной катарактой до 2 (6,3%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 - также уменьшилось до 9 (28,1%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,1-0,3 осталось на том же уровне - 14 (43,7%). При этом развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1 наблюдалось у 7 пациентов (21,9%) (табл.1).

При поступлении в стационар среди больных с кератитом и ядерной катарактой основной группы начальная катаракта отмечена у 8 (44,4%), Незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 была у 7 пациентов (38,9%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 3 пациентов (16,7%). В сроки наблюдения 3 месяца количество больных с кератитом и начальной катарактой осталось на том же уровне - 8 (44,4%). При этом уменьшилось число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 до 6 (33,4%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 увеличилось до 4 пациентов (22,2%). В сроки наблюдения 6 месяцев количество больных с кератитом и начальной катарактой не изменилось и составило 8 (44,4%). При этом уменьшилось число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 до 5 (27,8%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 - увеличилось до 5 пациентов (27,8%). В сроки наблюдения 12 месяцев количество больных с кератитом и начальной катарактой уменьшилось до - 5 (27,8%). При этом число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 увеличилось до 7 (38,9%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 - оставалось на том же уровне и составляло 5 пациентов (27,8%). У 1 пациента (5,5%) наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1. В сроки наблюдения до 18 месяцев количество больных с кератитом

и начальной катарактой уменьшилось до 4 (22,2%). При этом число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 увеличилось до 8 (44,4%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 - уменьшилось до 4 пациентов (22,2%). При этом у 2 пациентов (11,2%) наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1.

Среди больных с кератитом и ядерной катарактой контрольной группы начальная катаракта встречалась у 5 (33,3%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 6 пациентов (40%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 4 пациентов (26,7%) (табл.2).

Таблица 2

**Распределение больных основной и контрольной групп по стадиям зрелости ядерной катаракты в сроки наблюдения 3-18 месяцев**

Сроки наблюдения (мес.)	Степень зрелости (острота зрения)								Всего	
	Начальная (1,0-0,7)		Незрелая (0,7-0,3)		Незрелая (0,3-0,1)		Зрелая (< 0,1)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Основная группа</b>										
До лечения	8	44,4	7	38,9	3	16,7	0		18	100
3	8	44,4	6	33,4	4	22,2	0		18	100
6	8	44,4	5	27,8	5	27,8	0		18	100
12	5	27,8	7	38,9	5	27,8	1	5,5	18	100
18	4	22,2	8	44,4	4	22,2	2	11,2	18	100
<b>Контрольная группа</b>										
До лечения	5	33,3	6	40,0	4	26,7	0	-	15	100
3	5	33,3	5	33,3	5	33,3	0	-	15	100
6	3	20,0	7	46,7	5	33,3	0	-	15	100
12	2	13,3	4	26,7	8	53,3	1	6,7	15	100
18	1	6,7	5	33,3	6	60,0	3	20,0	15	100

В сроки наблюдения 3 месяцев начальная катаракта встречалась у 5 (33,3%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 5 пациентов (33,3%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была также у 5 пациентов (33,3%). В сроки наблюдения 6 месяцев начальная катаракта встречалась у 3 (20%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 7 пациентов (46,7%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 5 пациентов (33,3%). В сроки наблюдения 12 месяцев уменьшилось число с начальной катарактой до 2 (13,3%). Число пациентов

с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 уменьшилось до 4 (26,7%), а с незрелой катарактой и остротой зрения 0,1-0,3 увеличилось до 8 (53,3%). У 1 пациента (6,7%) также наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1. В сроки наблюдения 18 месяцев уменьшилось число с начальной катарактой до 1 (6,7%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 – увеличилось до 5 (33,3%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,1-0,3 уменьшилось до 6 (60%). При этом развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1 наблюдалось у 3 пациентов (20%).

При поступлении в стационар среди больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой основной группы начальная катаракта отмечена у 2 (33,3%). Незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 была у 3 пациента (50%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 1 пациентов (16,7%).

Среди больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой контрольной группы начальная катаракта встречалась у 2 (40%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 3 пациентов (60%), а пациентов с незрелой катарактой с остротой зрения 0,1-0,3 не было. В сроки наблюдения 3 месяца среди больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой основной группы количество пациентов с начальной катарактой осталось таким же - 2 (33,3%). При этом таким же было число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 - 3 (50%) и с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 - 1 пациент (16,7%). В сроки наблюдения 6 месяцев количество больных с кератитом и начальной катарактой не изменилось и составило 2 (33,3%). При этом уменьшилось число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 до 2 (33,3%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 – увеличилось до 2 пациентов (33,3%). В сроки наблюдения 12 месяцев количество больных с кератитом и начальной катарактой уменьшилось до 1 (16,7%). При этом число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 увеличилось до 3 (50%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 – оставалось на том же уровне и составляло 2 пациента (33,3%). В сроки наблюдения до 18 месяцев количество больных с кератитом и начальной катарактой оставалось на том же уровне - 1 (16,7%). При этом число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 уменьшилось до 2 (33,3%), а с незрелой катаракта и остротой зрения 0,1-0,3 – увеличилось до 3 пациентов (50%). При этом не наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1(табл.3).

**Распределение больных основной и контрольной групп по стадиям зрелости заднекапсулярной катаракты в сроки наблюдения 3-18 месяцев**

Сроки наблюдения (мес.)	Степень зрелости (острота зрения)								Всего	
	Начальная (1,0-0,7)		Незрелая (0,7-0,3)		Незрелая (0,3-0,1)		Зрелая (< 0,1)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Основная группа</b>										
До лечения	2	33,3	3	50,0	1	16,7	0	-	6	100
3	2	33,3	3	50,0	1	16,7	0	-	6	100
6	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	-	6	100
12	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	-	6	100
18	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0	-	6	100
<b>Контрольная группа</b>										
До лечения	2	40,0	3	60,0	0	-	0	-	5	100
3	2	40,0	3	60,0	0	-	0	-	5	100
6	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	-	5	100
12	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	-	5	100
18	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	-	5	100

Среди больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой контрольной группы в сроки наблюдения 3 месяца начальная катаракта встречалась у 2 (40%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 - у 3 пациентов (60%). В сроки наблюдения 6 месяцев начальная катаракта встречалась у 2 (40%), незрелая катаракта с остротой зрения 0,3-0,7 – также у 2 пациентов (40%) и незрелая катаракта с остротой зрения 0,1-0,3 была у 1 пациента (20%). В сроки наблюдения 12 месяцев уменьшилось число с начальной катарактой до 1 (20%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 также уменьшилось до 1 (20%), а с незрелой катарактой и остротой зрения 0,1-0,3 увеличилось до 3 (60%). В сроки наблюдения 18 месяцев число больных с начальной катарактой было 1 (20%). Число больных с кератитом и незрелой катарактой и остротой зрения 0,3-0,7 – также было 1 (20%). Число пациентов с незрелой катарактой и остротой зрения 0,1-0,3 было 3 (60%). При этом также не наблюдалось развитие зрелой катаракты со снижением зрения <0,1.

В сроки наблюдения до 18 месяцев среди больных с кератитом и корковой катарактой основной группы количество пациентов с

начальной катарактой и высокой остротой зрения (0,7-1,0) уменьшилось с 15 до 8 и составило 53,3%. При этом уменьшилось количество пациентов и с незрелой катарактой (острота зрения 0,3-0,7) и у 2-х из них (5,8%) развилась зрелая катаракта со снижением зрения до светоощущения. В контрольной группе больных с кератитом и корковой катарактой в сроки наблюдения до 18 месяцев значительно уменьшилось количество пациентов с начальной катарактой с сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0) с 14 до 2-х, что составило 14,3% - на 39% больше, по-сравнению с основной группой. При этом увеличилось количество пациентов с незрелой катарактой (острота зрения 0,1-0,3) и у 7-х (21,9%) развилась зрелая катаракта со снижением зрения до светоощущения.

Таким образом, сроки наблюдения до 18 месяцев в группе больных с кератитом и корковой катарактой, применявших эмоксипин отмечается замедление прогрессирования начальной катаракты с уменьшением количества пациентов с незрелой и зрелой катарактой по сравнению с контролем на 39% и сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0) в 53,3% случаев ( $p < 0,05$ ).

В сроки наблюдения до 18 месяцев среди больных с кератитом и ядерной катарактой основной группы количество пациентов с начальной катарактой и высокой остротой зрения (0,7-1,0) уменьшилось с 8 до 4 и составило 50%. При этом уменьшилось количество пациентов с незрелой катарактой (острота зрения 0,3-0,7) и у 2-х (11,1%) развилась зрелая катаракта со снижением зрения до светоощущения. В контрольной группе больных с кератитом и ядерной катарактой в сроки наблюдения до 18 месяцев значительно уменьшилось количество пациентов с начальной катарактой и сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0) с 5 до 1 и составило 20% - на 30% больше, по-сравнению с основной группой. При этом увеличилось количество пациентов с незрелой катарактой (острота зрения 0,1-0,3) и у 3-х (16,6%) развилась зрелая катаракта со снижением зрения до светоощущения.

Таким образом, сроки наблюдения до 18 месяцев в группе больных с кератитом и ядерной катарактой, применявших эмоксипин отмечается тенденция к замедлению прогрессирования начальной катаракты с уменьшением количества пациентов с незрелой и зрелой катарактой по сравнению с контролем на 30% и сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0) в 50% случаев.

В сроки наблюдения до 18 месяцев среди больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой основной группы количество пациен-

тов с начальной катарактой и высокой остротой зрения (0,7-1,0) уменьшилось с 2 до 1 и составило 50%. При этом уменьшилось количество пациентов с незрелой катарактой (острота зрения 0,3-0,7). В контрольной группе больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой в сроки наблюдения до 18 месяцев также уменьшилось количество пациентов с начальной катарактой и высокой остротой зрения (0,7-1,0) с 2 до 1 и составило (50%). При этом также увеличилось количество пациентов с незрелой катарактой (острота зрения 0,1-0,3).

Таким образом, сроки наблюдения до 18 месяцев в группе больных с кератитом и заднекапсулярной катарактой, применявших эмоксипин по сравнению с контролем не отмечено разницы в количестве пациентов, у которых не наблюдалось прогрессирования начальной катаракты с сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0).

#### Выводы

1. Применение капель эмоксипина повышает устойчивость хрусталика к действию катарактогенного фактора, каким является наличие у больных кератита.

2. В сроки наблюдения до 18 месяцев в группе больных с кератитом и корковой катарактой, применявших эмоксипин отмечается замедление прогрессирования начальной катаракты с уменьшением количества пациентов с незрелой и зрелой катарактой по сравнению с контролем на 39% и сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0) в 53,3% случаев ( $p < 0,05$ ).

#### Литература

1. Веселовская З.Ф. Катаракта / З.Ф. Веселовская, Н.Ф. Боброва, В.В. Вит. - Киев: Книга плюс, 2002. - 208 с.
2. Леус Н.Ф. Изучение активности антиоксидантных ферментов во влаге передней камеры и хрусталике в эксперименте и клинике при увеальной катаракте / Н.Ф. Леус, В.В. Савко // Труды Крымского гос. мед. университета им. С.И. Георгиевского - Симферополь, 2008. - Т. 144, ч. 2. - С. 87-88.
3. Мальцев Э.В. Эпидемиология катаракт / Э.В. Мальцев, Н.А. Багиров // Офтальмол. журн. - 2001. - № 6. - С. 45-49.
4. Полунин Г.С. Классификация катаракт и возможность их терапевтического лечения / Г.С. Полунин, Е.Г. Полунина, Н.Л. Шеремет // Рефракционная хирургия и офтальмология. - 2003. - Т. 3, № 2. - С. 37-42.
5. Truscott R.J. Age-related nuclear cataract-oxidation is the key / R.J. Truscott // Exp. Eye Res. - 2005. - Vol. 80 (5). - P. 709-725.

6. Hockwin O. *Lens and cataract, research of the 20th century: a review of results, errors and misunderstandings* / O. Hockwin, M. Kojima, U. Muller-Breitenkamp // *Dev. Ophthalmol.* - 2002. - № 35. - P. 1-11.

7. Schichi H. *Cataract formation and prevention* / H. Schichi // *Expert Opin. Invest. Drugs.* - 2004. - Vol. 13 (6). - P. 691-701.

#### Резюме

**Усов В.Я., Тарік Абоу Тарбоуш.** *Клінічні спостереження за розвитком катаракти у хворих з кератитом.*

Застосування крапель емоксипіну підвищує стійкість кришталика до дії катарактогенного фактора, яким є наявність у хворих кератиту. У терміни спостереження до 18 місяців в групі хворих з кератитом і корковою катарактою, що застосовували емоксипін відзначається уповільнення прогресування початкової катаракти із зменшенням кількості пацієнтів з незрілою і зрілою катарактою в порівнянні з контролем на 39% і збереженням високої гостроти зору (0,7-1,0) в 53,3% випадків ( $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** катаракта, кератит, лікування, емоксипін.

#### Резюме

**Усов В.Я., Тарик Абоу Тарбоуш.** *Клинические наблюдения за развитием катаракты у больных с кератитом.*

Применение капель эмоксипина повышает устойчивость хрусталика к действию катарактогенного фактора, каким является наличие у больных кератита. В сроки наблюдения до 18 месяцев в группе больных с кератитом и корковой катарактой, применявших эмоксипин отмечается замедление прогрессирования начальной катаракты с уменьшением количества пациентов с незрелой и зрелой катарактой по сравнению с контролем на 39% и сохранением высокой остроты зрения (0,7-1,0) в 53,3% случаев ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** катаракта, кератит, лечение, эмоксипин.

#### Summary

**Usov V.Y., Tarik Abou Tarboush.** *Clinical monitoring of the cataracts development in patients with keratitis.*

Found that the use of emoxipine drops increases the resistance to the action of the lens cataractogenic factor, which is the presence of patients with keratitis. In terms of observation of 18 months in patients with keratitis and cortical cataract, who used emoxipine drops marked slowing the progression of early cataract patients with a decrease in the number of immature and mature cataracts compared with the control by 39% and maintaining high visual acuity (0,7-1,0) in 53,3% of cases ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** cataracta, keratitis, treatment, emoxipine.

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

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

### «Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології»: збірник наукових праць.

1. Збірник включений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук в галузях медицини, біології та фармації, затвердженого постановою президії ВАК України від 14.10.2009 р. № 1-05/4 (Бюлетень ВАК України 2009. - № 11. - С. 9.).

2. До публікації у збірнику приймаються рукописи, що містять результати оригінальних біологічних, медичних, фармацевтичних досліджень, лекцій, огляди літератури, клінічні спостереження, наукову інформацію, рецензії та інші матеріали, що раніше не були опубліковані.

3. Мова публікації – українська, російська. Обов'язково надається англomовний варіант статті.

4. Стаття друкується у форматі А4 (береги: лівий – 3 см, правий – 1,5 см, верхній та нижній – по 2 см) через 1,5 інтервали у текстовому редакторі Word for Windows без ручних перенесень шрифтом Times New Roman Size 14. Обов'язково слід вказувати поштову адресу, телефон, бажано адресу електронної пошти того, з яким буде вестися листування.

5. Кожна стаття на початку повинна нести таку інформацію: індекс УДК, назва без використання абревіатур, ініціали та прізвища авторів, установа, де виконувалася робота.

6. Текст оригінальних досліджень має такі розділи: вступ, мета, матеріали та методи дослідження, отримані результати та їх обговорення, висновки.

7. Обов'язково вказується зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами (з зазначенням державного реєстраційного номеру).

8. Наприкінці публікуються резюме та ключові слова (3-5 слів або словосполучень) трьома мовами (українською, російською та англійською). Кожне резюме повинно мати обсяг до 200 слів і містити прізвища авторів, назву роботи, висвітлювати мету дослідження, методи, результати та висновки.

9. Матеріал може ілюструватися таблицями, рисунками, діаграмами, мікрофото та ін. Ілюстрації наводяться після їх першого згадування.

10. Висновки мають перспективи подальших досліджень.

11. Список літератури оригінальних робіт повинен бути обсягом 10-20 джерел (не менше 2-х латиницею), оглядів, лекцій – 40 джерел. Розташування джерел – за алфавітом. Посилання на бібліографічні джерела в тексті даються в квадратних дужках. Спочатку приводяться роботи українською та російською мовами, потім – іноземними в оригінальній транскрипції. Оформлення переліку літератури проводиться відповідно до вимог Державного стандарту 2006 року (бюл.ВАК 2008, № 3).