

желудочка (IVCT ЛЖ) в группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения составило 79 мс [46 мс; 104 мс], что не имело статистически значимых различий ($p=0,263$) с группой контроля. В группе больных БА тяжелого персистирующего течения значение медианы показателя IVCT ЛЖ было статистически значимо больше, чем в группе контроля ($p=0,044$) и в группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения ($p=0,035$). Удлинение времени изоволюметрического сокращения левого желудочка косвенно указывает на снижение контрактильной способности миофибрилл левого желудочка у больных БА тяжелого персистирующего течения.

Для комплексной оценки систолической и диастолической функций ЛЖ был проведен расчет доплеровского эхокардиографического индекса (Index Tei). Медиана Index Tei в группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения была статистически значимо ($p=0,032$) больше по сравнению с группой контроля и составила 0,45 [0,37; 0,93], т. е. у пациентов данной группы имело место незначительное снижение систолической и диастолической функций левого желудочка. Значение медианы Index Tei у больных БА тяжелого персистирующего течения составило 0,67 [0,5; 1,2], что было статистически значимо больше, чем в группе контроля ($p=0,005$) и в группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения ($p=0,047$). То есть в группе больных БА тяжелого персистирующего течения имело место умеренное снижение систолической и диастолической функций ЛЖ.

Таким образом, у больных БА было выявлено наличие диастолической дисфункции левого желудочка, выражавшееся в снижении скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ, увеличении скорости позднего диастолического наполнения, уменьшении отношения скоростей раннего и позднего наполнения левого желудочка и увеличении времени изоволюметрического расслабления левого желудочка, зависящее от сте-

пени тяжести заболевания и нарастающее по мере утяжеления БА. Кроме того, у больных БА тяжелого персистирующего течения имело место не только нарушение диастолической функции левого желудочка, но умеренное ухудшение его систолической функции, на что указывали удлинение времени изоволюметрического сокращения левого желудочка и увеличение доплеровского эхокардиографического индекса – индекса Tei.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борская Е. Н., Кутузова А. Б., Лелюк В. Г. Этапы становления структурных изменений сердца у пациентов с хронической лёгочной патологией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 4. – С. 82–88.
2. Енисеева Е. С., Сизых Т. П. Состояние левого желудочка у больных бронхиальной астмой // Сборник-резюме VI Национального конгресса по болезням органов дыхания. – Новосибирск, 1996. – № 836. – С. 222.
3. Кароли Н. А., Ребров А. П. Хроническое лёгочное сердце у больных бронхиальной астмой // Сборник-резюме X Национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб, 2000. – № 480. – С. 132.
4. Невзорова В. А., Гельцер Б. И., Бродская Т. А., Моткина Е. В. Оценка жесткости аорты и миокарда левого желудочка у больных бронхиальной астмой // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 22–25.
5. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ «STATISTICA». – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
6. Рябова А. Ю., Шаповалова Т. Г., Смоляк С. В. (и др.) Ремоделирование сердца у больных бронхиальной астмой // Сборник-резюме X Национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб, 2000. – № 186. – С. 54.
7. Чучалин А. Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA). – М.: Атмосфера, 2006. – 160 с.

Поступила 27.09.2013

М. А. БЕН АММАР

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА КАК ПРЕДРАКОВОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

*Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9;
тел. +7 953 733 0542. E-mail: amir4ik11@yahoo.fr*

Данная статья посвящена анализу лабораторных данных для оценки гормонального статуса как предракового фона у больных раком грудной железы.

Ключевые слова: рак грудной железы, тестостерон, андрогенный индекс, уровень эстрадиола, глобулин, связывающий половые гормоны.

М. А. BEN AMMAR

EVALUATION OF HORMONAL STATUS AS A PRECANCEROUS BACKGROUND, IN CASES OF MEN'S CANCER OF THE MAMMARY GLANDS

Department of oncology with radiodiagnosis State educational institution of higher professional education «Ryazan state medical university named after academician I. P. Pavlov's» Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 390026, Ryazan, Vysokovoltynaya str., 9; tel. +7 953 733 0542. E-mail: amir4ik11@yahoo.fr

Key words: breast cancer, testosterone, androgen index, estradiol level, sex hormone binding globulin.

Рак грудной железы (РГЖ) у мужчин – редкое заболевание: на его долю приходится примерно 1% всех диагностируемых в мире случаев рака молочной железы (РМЖ) [5]. Мужчины заболевают в среднем на десять лет позже женщин, наиболее часто – в 6–7-й декадах жизни, хотя данная патология встречается в возрасте от 9 до 90 и более лет [6, 9]. Примерно в 30–70% случаев рак молочной железы у мужчин развивается на фоне гинекомастии [8]. Возможно наличие взаимосвязи между риском РГЖ и дисфункцией яичек, которая может приводить к снижению уровня тестостерона и нарушению баланса между андрогенами и эстрогенами [3, 7]. Таким образом, сопутствующими факторами риска этого заболевания могут быть цирроз печени, ожирение, а также поступление эстрогенов извне, повышающих уровень циркулирующих эстрогенов [10].

При этом снижение уровня тестостерона у мужчин оказывает влияние на всю аденогипофизарную регуляцию: повышается образование ЛГ (лютеинизирующий гормон), ФСГ (фолликулостимулирующий гормон), СТГ (соматотропный гормон) и АКТГ (адренотропный гормон). К тому же увеличиваются уровни факторов, стимулирующих митотическую активность, а также экспрессия андрогенных, эстрогенных и прогестогенных рецепторов, снижается уровень трансформирующего фактора роста- β , регулирующего дифференцировку клеток [2]. Данные изменения создают условия для развития дисплазии и рака грудной железы [1].

Материалы и методы исследования

За тридцатилетний период работы Государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Областной клинический онкологический диспансер» (РОКОД) с 1982 по 2011 год нами выявлено 66 случаев рака грудной железы у мужчин. Группу исследования гормонального статуса составили 27 больных раком грудной железы, проведенных проспективно за период 2005–2011 гг.

Мы применяли индекс массы тела (ИМТ), классификация которого разработана ВОЗ. Оценку гормонального статуса проводили на примере четырех показателей: общий тестостерон, ГСПГ (глобулин, связывающий половые гормоны), андрогенный индекс, уровень эстрадиола. Учитывая отсутствие единообразия в интерпретации гормонального статуса, уровень половых гормонов в нашем исследовании оценивали соответственно методике И. И. Дедова и С. Ю. Калинин (2006).

Результаты и обсуждение

При распределении пациентов с РГЖ по возрастным группам нами получены следующие соотношения: 24–35 лет – 2 (3%) человека; 36–60 лет – 24 (36,4%) человека, 61–74 года – 25 (37,9%) человек, 75–90 лет – 15 (22,7%) человек.

В целом при проведении про- и ретроспективного анализа медицинской документации 66 случаев РГЖ обращает на себя внимание то, что заболевания репродуктивной системы (простатит, доброкачественная

гиперплазия предстательной железы и др.) были у 45 (68,1%) пациентов. Проведение собственного проспективного осмотра позволило выявить 22 (81,5%) случая патологии органов репродуктивной системы, из них 19 (70,4%) случаев – болезни предстательной железы. Нами зарегистрированы 8 (29,6%) наблюдений воспаления и 11 (40,7%) – доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В 3 (11,2%) случаях пациенты были ранее прооперированы по поводу варикоцеле.

В исследуемой группе нами отмечено, что преобладали мужчины с повышенными показателями ИМТ. Так, из 27 пациентов только у 3 (11,2%) ИМТ был в пределах нормы. Вместе с тем в 8 (29,6%) случаях отмечена избыточная масса тела, в 14 (51,9%) – ожирение I степени и в 2 (7,4%) – ожирение II степени. В среднем индекс массы тела у пациентов исследуемой группы составил $30,15 \pm 4,734$.

При анализе лабораторных данных установлено, что у пациентов с РГЖ уровень общего тестостерона в среднем находился в пределах нормы и соответствовал $23,78 \pm 16,53$ нмоль/л (табл. 1). Проведенный нами статистический анализ показал, что уровень общего тестостерона мало меняется с увеличением стадии РГЖ. При этом у 8 (29,6%) пациентов уровень общего тестостерона был ниже нормы, причем из них 5 человек, то есть 62,5% выборки, имели раннюю стадию РГЖ. Так, у 2 пациентов с I стадией РГЖ среднее значение уровня общего тестостерона было равно $9,05 \pm 3,041$ нмоль/л, а с 0 стадией около нижней границы нормы – $16,4$ нмоль/л (табл. 1). Из этого можно предположить, что снижение уровня тестостерона предшествовало развитию злокачественной опухоли в грудной железе.

Одновременно с этим имеется повышение уровня глобулина, переносящего половые гормоны, который в среднем равен $61,62 \pm 22,753$ нмоль/л. При этом наблюдается, что у 10 (37%) пациентов, 5 (50%) из которых с ранними стадиями РГЖ, имело место повышение уровня ГСПГ (табл. 1). Наряду с этим у 2 больных с I стадией РГЖ средние значения были выше нормы: $101,4 \pm 28,21$ нмоль/л.

Почти аналогичная картина имеется в значениях андрогенного индекса, снижение которого указывает на дефицит свободного тестостерона, что выявлено в 9 (33,3%) наблюдениях. При этом его снижение также было больше характерно для пациентов ранних стадий (табл. 1). Так, у 1 пациента с 0 стадией андрогенный индекс был возле нижней границы нормы и равен $30,2$ нмоль/л, а у 2 больных с I стадией РГЖ в среднем составлял $8,85 \pm 0,495$ нмоль/л. При анализе количества активного тестостерона, который определяется в соответствии с андрогенным индексом, выявлено, что последний находился в границах нормы и составил $61,51 \pm 46,19$ нмоль/л.

Для мужчин с РГЖ оказалось характерным, что в среднем уровень эстрадиола находился около верхней границы нормы и был равен $53,56 \pm 20,57$ нмоль/л. Повышение содержания эстрадиола обнаружено в крови 15 (55,6%) человек (табл. 1). Однако значения, выходящие за верхние границы, были у мужчин с поздними

Таблица 1

Динамика показателей андрогенного статуса с учетом стадии РГЖ

Гормональный уровень		Стадия рака					Итого, абс., %	Корреляция Спирмена
		0 (n=1), абс., %	I (n=2), абс., %	II (n=6), абс., %	III (n=12), абс., %	IV (n=6), абс., %		
Уровень общего тестостерона	< 12	1 (3,7)	2 (7,4)	2 (7,4)	3 (11,1)	0	8 (29,6)	r=-0,156, p=0,433
	12–33	-	-	3 (11,1)	4 (14,8)	5 (18,5)	12 (44,4)	
	> 33	-	-	1 (3,7)	5 (18,5)	1 (3,7)	7 (25,9)	
	Ср.	16,4	9,05±3,041	20,77±19,83	29,18±18,45	22,13±9,738	23,78±16,53	
Уровень ГСПГ	< 15	-	-	-	1 (3,7)	-	1 (3,7)	r=-0,181, p=0,364
	15–60	-	-	3 (11,1)	8 (29,6)	5 (18,5)	16 (59,2)	
	> 60	1 (3,7)	2 (7,4)	3 (11,1)	3 (11,1)	1 (3,7)	10 (37,0)	
	Ср.	54,3	101,4±28,21	56,52±25,65	51,57±35,41	44,33±16,78	61,62±22,7	
Андрогенный индекс	< 30	-	2 (7,4)	2 (7,4)	4 (14,8)	1 (3,7)	9 (33,3)	r=0,099, p=0,620
	30–150	1 (3,7)	-	3 (11,1)	3 (11,1)	4 (14,8)	11 (40,7)	
	> 150	-	-	1 (3,7)	5 (18,5)	1 (3,7)	7 (25,9)	
	Ср.	30,2	8,85±0,495	80,73±58,14	127,9±36,8	59,85±39,55	61,51± 46,19	
Общий уровень эстрадиола	< 8	-	1 (3,7)	-	-	-	1 (3,7)	r=0,324, p=0,099
	8–55	1 (3,7)	1 (3,7)	2 (7,4)	5 (18,5)	2 (7,4)	11 (40,7)	
	> 55	-	-	4 (14,8)	7 (25,9)	4 (14,8)	15 (55,6)	
	Ср.	33,6	31,55±30,9	79,17±30,91	64,87±28,22	58,6± 23,72	53,56±20,57	

стадиями: со II стадией – 79,17±30,91 нмоль/л, с III стадией – 64,87±28,22 нмоль/л, с IV стадией – 58,6±23,72 нмоль/л.

В ходе оценки гормонального статуса мы провели анализ изменений его составляющих в зависимости от возраста, наследственности, индекса массы тела и поражения печени.

Статистический анализ динамики уровня половых гормонов показал отсутствие корреляционной зависи-

мости их изменений соответственно увеличению возраста (табл. 2). В то же время критерий сопряженности Пирсона указал на 95%-ную вероятность справедливости гипотезы о влиянии возраста на уровень общего тестостерона, ГСПГ и андрогенного индекса. Но изменения уровня эстрадиола у мужчин с РГЖ соответственно возрасту критерий сопряженности Пирсона опроверг.

Учитывая влияние индекса массы тела на риск развития рака грудной железы у мужчин, а также их учас-

Таблица 2

Динамика средних показателей гормонального статуса мужчин с РГЖ с учетом возраста

Возраст	Уровень общего тестостерона	Уровень ГСПГ	Андрогенный индекс	Уровень эстрадиола
24–35 (n=1)	16,4	54,3	30,2	33,6
36–60 (n=10)	26,79±17,06	44,23±25,67	121,8±116,3	63,44±27,69
61–74 (n=11)	27,19±18,09	53,68±33,83	112,2±99,01	61,75±32,52
75–90 (n=5)	11,74±7,29	78,76±27,58	21,6±20,1	70,86±28,54
Линейная корреляция	r=-0,092, p=0,647	r=0,270, p=0,172	r=-0,098, p=0,624	r=0,2, p=0,317
Критерий сопряженности Пирсона	$\chi^2=6,074$; df=1, p=0,194, area=7,8408	$\chi^2=6,623$; df=6, p=0,157, area=10,644	$\chi^2=6,462$; df=6, p=0,167, area=10,64464	$\chi^2=2,111$; df=3, p=0,751, area=1,2125

тие в синтезе половых гормонов, мы проанализировали их взаимосвязь. В результате были получены данные, указывающие на наличие корреляционной связи изменения уровня эстрадиола в крови относительно увеличения индекса массы тела (табл. 3). Мы отметили и то, что уровень других показателей гормонального статуса не имеет корреляционной зависимости от индекса массы тела. В результате проверки нулевой гипотезы с 95%-ной вероятностью мы можем утверждать об изменении уровня общего тестостерона, ГСПГ и андрогенного индекса под влиянием индекса массы тела. Одновременно с этим с 95%-ной уверенностью можно сказать, что корреляционная зависимость уровня

торой степени реализуют механизм канцерогенеза за счет влияния на активность гормонального компонента мужского гомеостаза.

При изучении наследственного фактора и его реализации через изменение уровня половых гормонов достоверной корреляционной связи нами также не выявлено. При уточнении правомочности нулевой гипотезы о влиянии наследственного фактора на уровень гормонов также установлено, что с 95%-ной вероятностью изменения уровней общего тестостерона ($\chi^2=1,545$; $df=2$, $p=0,462$, $area=1,38629$), ГСПГ ($\chi^2=0,928$; $df=2$, $p=0,629$, $area=0,57536$) андрогенный индекс ($\chi^2=1,808$; $df=2$, $p=0,405$, $area=1,38629$) и уровень эстрадиола

Таблица 3

Динамика средних показателей гормонального статуса мужчин с РГЖ с учетом индекса массы тела

ИМТ	Уровень общего тестостерона	Уровень ГСПГ	Андрогенный индекс	Уровень эстрадиола
18,5–24,99 (n=3)	13,4±2,691	79,4±36,52	19,83±10,5	27,17±15,3
25–29,99 (n=8)	23,36±15,29	49,76±26,21	75,66±87,21	57,91±28,57
30–34,99 (n=14)	27,48±18,72	49,35±29,25	128,2±126,7	71,19±26,02
35–39,99 (n=2)	14,65±12,80	76,85±49,14	36,26±30,66	80,1±36,2
Линейная корреляция	$r=0,156$, $p=0,435$	$r=0,236$, $p=0,332$	$r=0,194$, $p=0,521$	$r=0,515$, $p=0,006$
Критерий сопряженности Пирсона	$\chi^2=2,816$; $df=6$, $p=0,589$, $area=5,34812$	$\chi^2=2,764$; $df=6$, $p=0,598$, $area=5,3481$	$\chi^2=5,241$; $df=6$, $p=0,263$, $area=7,84080$	$\chi^2=7,835$; $df=3$, $p=0,064$, $area=7,81473$

эстрадиола от индекса массы тела не нашла статистического подтверждения.

Из полученных данных видно, что имеется достоверная корреляционная связь между проявлениями печеночной дисфункции и сдвигами половых гормонов (табл. 4).

Однако обращает на себя внимание отсутствие её влияния на уровень глобулина, связывающего половые гормоны. В то же время нулевая гипотеза о влиянии тяжести поражения печени на уровень ГСПГ и, таким образом, на андрогенный индекс пациентов с РГЖ подтверждается с 95%-ной вероятностью. Вследствие полученных показателей критерия сопряженности Пирсона с 95%-ной уверенностью можно предполагать, что сдвиги в значениях тестостерона и эстрадиола не зависят от функционального состояния печени. Таким образом, функциональные изменения печени в неко-

($\chi^2=0,017$; $df=1$, $p=0,897$, $area=0,01579$) у мужчин происходит опосредованно наследственному фактору РГЖ.

Таким образом, на основании проведенных наблюдений и исследований можно сделать следующие выводы:

1. Уровень общего тестостерона ниже нормы встречается в 29,6% случаев, а его активной формы – в 33,3% случаев РГЖ у мужчин, причем в 62,5% случаев – в ранней стадии, что может указывать на этиологическую принадлежность к развитию рака данной локализации.

У мужчин с РГЖ с увеличением возраста, индекса массы тела и тяжести дисфункции печени происходит уменьшение уровня как общего тестостерона, так и его активной формы.

У мужчин с РГЖ повышенное содержание эстрадиола наблюдается в 55,6% наблюдений, при этом не

Таблица 4

Распределение средних показателей гормонального статуса с учетом тяжести печеночной дисфункции

Индекс де Ритиса	Уровень общего тестостерона	Уровень ГСПГ	Андрогенный индекс	Уровень эстрадиола
<0,9 (n=1)	47,8	21,4	223,4	64,5
0,9–1,7 (n=21)	18,1±12,21	63,45±29,07	77,47±52,73	58,62±30,0
>1,7 (n=5)	42,86±16,15	25,42±11,36	210,3±120,1	81,16±21,36
Корреляция Спирмена	$r=0,734$, $p=0,0001$	$r=0,095$, $p=0,633$	$r=0,648$, $p=0,0001$	$r=0,520$, $p=0,006$
Критерий сопряженности Пирсона	$\chi^2=13,394$; $df=2$, $p=0,001$, $area=13,82$	$\chi^2=5,304$; $df=2$, $p=0,071$, $area=9,21034$	$\chi^2=9,818$; $df=2$, $p=0,007$, $area=10,5966$	$\chi^2=4,074$; $df=1$, $p=0,044$, $area=3,84146$

выявлено статистически достоверной зависимости его содержания от возраста, индекса массы тела, функционального состояния печени и наследственности.

При изучении наследственного фактора и его реализации через изменение уровня половых гормонов у мужчин с РГЖ достоверной корреляционной связи не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов О. В. Митотический режим рака молочной железы у мужчин // Вопросы онкологии. – 1992. – Т. 38. – С. 699–704.
2. Бернштейн Л. М. Гормональный канцерогенез. – СПб: Наука, 2000. – 199 с.
3. Герасимов Е. И. Содержание тестостерона и липопротеидов различных классов в плазме крови мужчин // Кардиология. – 1978. – № 3. – С. 60–66.
4. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. Эндокринология. – М.: Медицина, 2003. – 432 с.

5. Летагин В. П. Опухоли молочных желез у мужчин // Маммология. – 2006. – № 2. – С. 13–16.
6. Рак молочной железы у мужчин / В. Ф. Семиглазов (и др.) // Фарматека. – 2010. – № 6. – С. 40–45.
7. Юнда И. Ф. Эндокринная диагностика при болезнях половых органов и половых расстройствах у мужчин: Метод. рек. / И. Ф. Юнда, Л. П. Имшинецкая. – Киев, 1997. – 21 с.
8. Braunstein G. D. Senile gynecomastia and cancer of the male breast // Endocr. relat. cancer. – 1999. – Vol. 6. № 2. – P. 315–324.
9. Martin A. M. Genetic and hormonal risk factors in breast cancer / A. M. Martin, B. L. Weber // J. natl. cancer. inst. – 2000. – Vol. 92. – P. 1126–1135.
10. Xciarra A. Role of testicular tumors is in development hormonal displazia of chest glands at men / A. Xciarra, P. Casale, S. Di-Nicola et al // Minerva urol. nefrol. – 1998. – Vol. 50. № 4. – P. 225–231.

Поступила 17.10.2013

А. А. БЕССОНОВ, Н. Г. ТИМОХИНА, О. Б. НЕСКУБИН, В. Н. АЛИПА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕНИЛЬНЫХ МАКУЛОДИСТРОФИЙ

*Сочинский «Глазной центр», глазное отделение 4-й горбольницы,
Россия, 354065, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Чайковского, 2б;
тел. 8-9628841995. E-mail: oftdokt@mail.ru*

Комплексное лечение сенильных макулодистрофий, состоящее из паравазального введения ретиналамина в комплексе с лазер-магнитостимуляцией, эффективнее традиционных методов терапевтического лечения.

Ключевые слова: сенильная макулодистрофия, паравазальное введение ретиналамина, лазер- и магнитостимуляция.

A. A. BESSONOV, N. G. TIMOKHINA, O. B. NESKUBIN, B. N. ALIPA

EXPERIENCE OF APPLICATION OF COMPLEX TREATMENT OF SENILE MACULAR DEGENERATION

*Sochi «Eye center», ocular department of the 4th city hospital,
Russia, 354065, Krasnodar region, Sochi, str. Chaykovskogo, 2b; tel. 8-9628841995. E-mail: oftdokt@mail.ru*

Comprehensive treatment of senile macular degeneration, which consists of the introduction of paravasal retinalamine in conjunction with laser-magnitostimulyatsiy more efficient than traditional methods of therapeutic treatment.

Key words: senile macular degeneration, paravazalno introduction retinalamine, lasers and magnitostimulyatsiya.

Сенильные макулодистрофии составляют, по данным различных авторов, от 46% до 76,5%. Неуклонный рост заболеваемости, распространенность, инвалидизация трудоспособного населения позволяют подчеркнуть социальную значимость ИЦХРД.

На сегодняшний день рассматривается одно из направлений лечения таких пациентов, как комплексная терапия, направленная на улучшение питания, кровоснабжения и стимуляцию оставшихся жизнеспособных клеток сетчатки.

Цель исследования – оценить эффективность применения комплексной терапии, состоящей из подкожного введения в височную область пептидного препарата ретиналамина, воздействия на сетчатку терапевтического лазерного излучения и одновременного воздействия на глаза вращающегося магнитного поля.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе «Глазного центра доктора Бессонова» и офтальмологического отделения 4-й горбольницы г. Сочи.

Представляем результаты исследования трёх групп пациентов (125 больных с ИЦХРД 1, 2 и 3-й стадий). Группы сопоставимы по возрасту, стадиям и клиническим проявлениям заболевания у пациентов, из них 81 женщина и 39 мужчин, средний возраст 63,1 года. Средняя длительность заболевания – 2 года 10 месяцев.

Контрольная группа – 60 больных, получавших стандартный курс терапии (эмоксипин 1%-ный 0,5 мл субконъюнктивально, кавинтон 2,0 внутривенно и др.) в течение 10 дней. Основная – вторая группа пациентов (75 человек) получала лечение ретиналамином по 5 мг подкожно височно (далее в тексте – паравазально) и