

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України»

«РЕФРАКЦІЙНИЙ ПЛЕНЕР`2022»

**науково-практична конференція
з міжнародною участю**

*20-21 жовтня 2022 року
м. Київ*

ЗБІРНИК ПРАЦЬ

*за редакцією
член-кореспондента НАМН України,
професора С. О. РИКОВА*

КИЇВ – 2022

УДК 617.753:616.7-053.2(477+100)(063)
ББК 56.7
Р 45

*Матеріали збірника праць рекомендовано до видання рішенням
Вченої Ради Національного університету охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика (Протокол №7 від 20.09.2022 року)*

Рецензенти:

Д. Г. Жабосєдов – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

За редакцією:

С. О. Рикова – члена-кореспондента НАМН України, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри офтальмології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, голови правління ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України»

Р45 «РЕФРАКЦІЙНИЙ ПЛЕНЕР`2022»: науково-практична конференція з міжнародною участю 20-21 жовтня 2022 року: збірник праць / за редакцією член-кореспондента НАМН України, професора С. О. Рикова // Київ. - 2022. - с.102

ISBN

УДК 617.753:616.7-053.2(477+100)(063)
ББК 56.7

Повну відповідальність за зміст, підбір, точність наведених матеріалів, цитат, статистичних даних, відповідної галузевої термінології, власних імен, джерел інформації, орфографію, плагіат та іншу інформацію, яка використана у публікаціях, несуть автори опублікованих праць

Згідно з реєстром з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій НАМН України та МОЗ України, які проводитимуться в 2022 році

ISBN

Кафедра офтальмології
Національного університету охорони здоров'я
України імені П. Л. Шупика МОЗ України, 2022

ЗМІСТ

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Алєєва Н. М.

КОНТАКТНА КОРЕКЦІЯ ГІПЕРМЕТРОПІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ. ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ... 8

Аліфанов І. С., Сакович В. М., Маляр К. Ю.

СОМАТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ 10

Баран Т. В.

МАЛТ ЛІМФОМИ КОН'ЮНКТИВИ. КЛІНІКА ТА ЛІКУВАННЯ 13

Барінов Ю. В., Бакуменко Я. О., Чугаєв Д. І.

ВИБІР ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ – VEGF ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕТИНОПАТІЇ НЕДОНОШЕНИХ, ДОСВІД ПРОВІДНИХ КРАЇН СВІТУ 15

Біляєва О. О., Риков С. О., Шаргородська І. В., Крижевський Є. Є.,

Бушуєва О. В., Захаревич Г. Є.

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ 18

Бушуєва Н. М., Слободяник С. Б., Духаєр Шакір, Гузун О. В.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ АКОМОДАЦІЇ У ДІТЕЙ 20

Варивончик Д. В.

ВРАЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОГО ВІДРІЗКА ОКА ПРИ МАВПЯЧІЙ ВІСПІ: СИМПТОМИ, РИЗИКИ ТА ЛІКУВАННЯ 23

Гавриляк І. В., Гребень Н. К., Жабосдов Д. Г.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАКТОФЕРИНУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ РОГІВКИ 29

Ганюк В. М., Петренко О. В., Натрус Л. В.

ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ ГЛЮКОЗНИХ ТРАНСПОРТЕРІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ НА ТЛІ

ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	31
Жабосєдов Д. Г., Жук А. М.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РІЗНИХ ВИДІВ ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ РЕГМАТОГЕННОМУ ВІДШАРУВАННІ СІТКІВКИ	33
Жабосєдов Д. Г., Кирпичников О. В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В НАЙБЛИЖЧІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	36
Жовтоштан М. Ю., Могілевський С. Ю., Усенко К. О.	
ВПЛИВ РІЗНИХ ВИДІВ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ НА РОЗВИТОК І ПРОГРЕСУВАННЯ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА	39
Завгородня Н. Г., Костровська К. О., Завгородня Т. С., Поплавська І. О.	
ВПЛИВ ДОВЖИНИ ІНЦИЗІЇ НА РЕЗУЛЬТАТИ КОРЕКЦІЇ СКЛАДНОГО МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ ПРИ ВИКОНАННІ ЛЕНТІКУЛОЕКСТРАКЦІЇ	41
Завгородня Н. Г., Костровська К. О., Цибульська Т. Є., Безденежна О. О.	
ЗМІНИ СТАНУ «СУХОГО ОКА» ПРИ ПРОВЕДЕНІ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ ТА МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ	43
Кирпичников О. В.	
ОСОБЛИВОСТІ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З КАТАРАКТОЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ..	45
Клопоцька Н. Г., Клопоцька К. П.	
ВИПАДОК УРАЖЕННЯ ОРГАНУ ЗОРУ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДИТИНИ	48
Костровська К. О., Костровський О. М., Саржевська Л. Е.	
РЕЗУЛЬТАТИ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ	

ЗАГОСТРЕННЯХ ХРОНІЧНИХ ДАКРІОЦИСТИТІВ НА ТЛІ НЕПРОХІДНОСТІ НОСО-СЛЬОЗОВОЇ ПРОТОКИ	51
Косуба С. І., Петренко О. В., Новак Л. П., Туманова О. В.	
ВИКОРИСТАННЯ БАРВНИКІВ В ХІРУРГІЇ ГЛАУКОМИ	53
Литвинчук Н. М., Романюк А. В., Манойло Т. В., Пархоменко Г. Я.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСИМЕР-ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ ВИСОКОГО СТУПЕНЮ МЕТОДОМ LASIK	55
Могілевський С. Ю., Жовтоштан М. Ю.	
СИНДРОМ СУХОГО ОКА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У РАННІ ТА ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ	58
Могілевський С. Ю., Панченко Ю. О.	
СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ РЕАКТИВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ МАКУЛОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	61
Могілевський С. Ю., Сердюк А. В., Усенко К. О.	
ВПЛИВ РІЗНИХ ВИДІВ АНТИГЛАУКОМАТОЗНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПРОГРЕСУВАННЯ ГЛАУКОМНОЇ ОПТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ	65
Могілевський С. Ю., Пархоменко О. Г.	
СПОСІБ НАВІГАЦІЙНОЇ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦІЇ ТОЧОК ПРОСОЧУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ЦЕНТРАЛЬНІЙ СЕРОЗНІЙ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ, ЩО ВИЗНАЧЕНІ ЗА ДОПОМОГОЮ SWERT SOURCE OST	66
Новак Л. П., Петренко О. В., Туманова О. В., Косуба С. І., Новак Н.В.	
ФІКСАЦІЯ ІОЛ ПРИ ЇЇ ДИСЛОКАЦІЇ РАЗОМ КАПСУЛЬНИМ МІШКОМ	68
Панченко Ю. О., Ковальчук Н. Я.	
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗУ ЩОДО РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОКЛЮЗІЙ АРТЕРІЙ СІТКІВКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КЛАПАННИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ, ЯКИМ ПРОВЕДЕНО	

ХІРУРГІЧНЕ ВИРУЧАННЯ НА КЛАПАНАХ СЕРЦЯ	70
Петренко О. В., Дранко М. М.	
СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, ХАРАКТЕРУ І СТРУКТУРИ ТРАВМ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ ОКА В УКРАЇНІ	72
Петренко О. В., Копчак А. В., Чепурний Ю. В., Прусак О. І., Слободянюк А. С., Водяник К. В.	
ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ 3D ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ЕНДОКРИННОЇ ОРБИТОПАТІЇ	74
Петров В. В., Антонов Є. Є., Шанойло С. М.	
ВИСОКОЕФЕКТИВНІ ОКУЛЯРИ З МІКРОПРИЗМАМИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ НАВАНТАЖЕНЬ М'ЯЗІВ ОЧЕЙ	76
Риков С. О., Лаврик Н. С., Шулежко І. А.	
НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНІ УРАЖЕННЯ РОГОВОЇ ОБОЛОНКИ (В ТОМУ ЧИСЛІ ТРАВМАТИЧНІ)	78
Риков С. О., Петренко О. В., Герасімова Т. П., Прусак О. І.	
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНА ЗОРУ	80
Риков С. О., Санін В. В.	
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОКИСЛЮВАЛЬНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ГЛАУКОМИ І ВИЗНАЧЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ЙОГО КОРЕКЦІЇ	83
Сакович В. М., Алексєєва О. В.	
РЕЗУЛЬТАТИ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ КЕРАТИТ	87
Шаргородська І. В.	
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РИГІДНОСТІ РОГІВКИ	89
Шаргородська І. В., Кондратенко Ю. М., Лисенко М. Г.	
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ КЕРАТОКОНУСУ	92

Шаргородська І. В., Сас О. С., Вадюк Л. І.

ДОСЛІДЖЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-
ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОГІВКИ **95**

Шаргородська І. В., Фролова С. С.

НОВІ МОДЕЛІ ПРОГНОЗУВАННЯ ВІКУ РОЗВИТКУ ВІКОВОЇ
ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ **97**

ДЛЯ НОТАТОК **100**

КОНТАКТНА КОРЕКЦІЯ ГІПЕРМЕТРОПІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ. ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ

Алєєва Н.М.

Національний університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність: При аметропії високого ступеню поліпшення монокулярної гостроти зору з контактною лінзою у порівнянні з корекцією окулярами вище в 3,8 разів. Окуляри та контактна корекція добре переносяться дітьми при аметропії слабкого та середнього ступеню.

Мета: Вивчити ефективність контактної корекції гіперметропії у дітей шкільного віку у віддалені терміни спостереження.

Матеріали і методи: Під спостереженням знаходилося 56 дітей (112 очей) віком від 6 до 16 років з гіперметропічною рефракцією та астигматизмом, у яких використовували м'які силікон-гідрогелеві контактні лінзи для корекції аметропії.

У цих пацієнтів було проведено дослідження гостроти зору, показників об'єктивної та суб'єктивної клінічної рефракції, аксіальної довжини ока, товщини та діаметру рогівки, показників кератометрії, а також форометричних даних (акомодація, вергенція, диспаратні ділянки очорухового апарату та їх взаємодія) в ранні та пізні строки спостереження.

Для подання кількісних показників розраховувалося середнє значення змінної (M), стандартне відхилення (\pm Б). Для визначення статистичної значущості відмінностей середніх значень в двох незалежних групах використовували t-критерій Стьюдента. Нульову гіпотезу про відсутність ефекту відкидали і відмінності між показниками вважали статистично значущими при рівні значущості $p < 0,05$.

Строк спостереження – 3 роки.

Результати: При застосуванні контактної корекції у дітей шкільного віку з гіперметропією та гіперметропічним астигматизмом статистично значуще

через 3 роки спостережень спостерігалось підвищення некоригованої гостроти зору на 85% ($t=7,9$; $p<0,01$), коригованої гостроту зору на 7% ($t=7,4$; $p<0,01$), показника кератометрії у слабкому меридіані на 1% ($t=6,1$; $p<0,01$), на 1% ($t=8,9$; $p<0,01$) у сильному меридіані, товщини рогівки у центральній зоні на 4% ($t= 4.6$; $p<0,01$), а також зменшення показника сфероеквіваленту на 38% ($t=3,1$; $p<0,01$), амплітуди акомодатції на 20% ($t=5,8$, $p<0,01$), негативної частини відносної акомодатції на 20% ($t=3,0$, $p<0,01$), позитивної частина відносної акомодатції на 18% ($t=3,5$, $p<0,01$), надлишку акомодатційної відповіді на 64% ($t=7,2$, $p<0,01$), форії вдалину на 33% ($t=4,4$, $p<0,01$), форії зблизька на 22% ($t=2,8$, $p<0,01$), співвідношення акомодатційної конвергенції до акомодатції на 18% ($t=3,1$, $p<0,01$).

Висновки. При застосуванні контактної корекції у дітей шкільного віку з гіперметропією та гіперметропічним астигматизмом, статистично значуще через 3 роки спостережень визначено підвищення некоригованої гостроти зору на 85% ($t=7,9$; $p<0,01$), коригованої гостроту зору на 7% ($t=7,4$; $p<0,01$), показника кератометрії у слабкому меридіані на 1% ($t=6,1$; $p<0,01$), на 1% ($t=8,9$; $p<0,01$) у сильному меридіані, товщини рогівки у центральній зоні на 4% ($t= 4.6$; $p<0,01$), а також зменшення показника сфероеквіваленту на 38% ($t=3,1$; $p<0,01$), покращились показники амплітуди акомодатції на 20% ($t=5,8$, $p<0,01$), негативної частини відносної акомодатції на 20% ($t=3,0$, $p<0,01$), позитивної частина відносної акомодатції на 18% ($t=3,5$, $p<0,01$), надлишку акомодатційної відповіді на 64% ($t=7,2$, $p<0,01$), форії вдалину на 33% ($t=4,4$, $p<0,01$), форії зблизька на 22% ($t=2,8$, $p<0,01$), співвідношення акомодатційної конвергенції до акомодатції на 18% ($t=3,1$, $p<0,01$).

СОМАТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Аліфанов І.С., Сакович В.М., Маляр К.Ю.

Дніпровський державний медичний університет

Дніпропетровська державна обласна офтальмологічна лікарня

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова

Дніпро, Україна

Актуальність. У сучасному світі за даними International Diabetes Federation Atlas 9,8% дорослих (20-79 років) – 537 мільйонів осіб – живуть із цукровим діабетом, близько 6,7 мільйонів пацієнтів загине від ускладнень хвороби у 2021 р. Глобальні фінансові втрати на боротьбу з діабетом у 2021 р становили 966 мільярдів доларів – відмічається збільшення на 316% за останні 15 років. В Україні за IDF у 2021 р розрахункова кількість пацієнтів з діабетом становила 2,35 млн осіб, 58,1 тисяч смертей, на фінансове забезпечення боротьби із хворобою витрачено 1,45 млн доларів США.

Сучасна світова медицина має у розпорядженні вражаючий арсенал засобів щодо контролю глюкози та збільшення тривалості життя пацієнтів, але найбільшою загрозою інвалідизації та смерті є віддалені судинні ускладнення цукрового діабету, до яких відноситься і діабетична ретинопатія – специфічне мікрovasкулярне ураження очного дна, яке вражає 1 з 3 хворих на діабет. Згідно літературним даним, у 10% пацієнтів розвивається діабетичний макулярний набряк сітківки або проліферативна стадія ретинопатії, що є ведучою причиною втрати зору у розвинених країнах серед дорослого населення. Саме розуміння діабетичної ретинопатії як прояву системного захворювання сприяє пошуку клінічних та діагностичних маркерів, прогнозуванню розвитку тяжких очних ускладнень та визначенню оптимальної тактики лікування хворих на цукровий діабет.

Мета. Визначити кореляцію розвитку очних ускладнень цукрового діабету 2 типу з ураженням інших органів-мішеней, тривалістю та тяжкістю захворювання, визначити найбільш значимі прогностичні маркери.

Матеріали і методи. В роботі використані дані історій хвороби 270 пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова та оглянутих в кабінеті «Діабетична ретинопатія» Дніпропетровської обласної офтальмологічної лікарні. Оглянуті хворі розподілені на наступні групи: без наявності ознак діабетичної ретинопатії, з непроліферативною формою ретинопатії та проліферативною діабетичною ретинопатією (згідно критеріям ІСО). Окрім офтальмологічного обстеження проаналізовані консультації суміжних спеціалістів (кардіолога, нефролога, невропатолога, судинного хірурга). Оцінювався кореляційний зв'язок проміж наявністю діабетичної ретинопатії та іншими загальносоматичними проявами захворювання за допомогою непараметричного рангового методу Спірмена.

Результати. Визначений достовірний позитивний кореляційний зв'язок середньої сили проміж розвитком діабетичної ретинопатії та інсулінотерапією ($R = 0.389$, $t = 6.91$, $p < 0.001$), наявністю діабетичної нефропатії ($R = 0.350$, $t = 6.11$, $p < 0.001$), хронічної ниркової недостатності ($R = 0.390$, $t = 6.93$, $p < 0.001$), ангіопатії нижніх кінцівок ($R = 0.384$, $t = 6.82$, $p < 0.001$), наявністю тяжкої форми цукрового діабету ($R = 0.389$, $t = 6.90$, $p < 0.001$) та тривалістю захворювання на цукровий діабет понад 7 років ($R = 0.273$, $t = 4.65$, $p < 0.001$); слабкий позитивний кореляційний зв'язок проміж розвитком діабетичної ретинопатії та ішемічною хворобою серця ($R = 0.155$, $t = 2.357$, $p = 0.011$) та гіпертонічною хворобою ($R = 0.149$, $t = 2.47$, $p < 0.01$). Зв'язок із випадками гострого інфаркту міокарду та гострим порушенням мозкового кровообігу був статистично не достовірним ($p = 0.528$ та $p = 0.650$ відповідно).

Висновки. У наведених результатах визначаються позитивний кореляційний зв'язок розвитку діабетичної ретинопатії та ураженням ряду

інших органів-мішеней цукрового діабету 2 типу. В подальшому в рамках даного дослідження планується проведення ROC-аналізу з ціллю оцінки діагностичної (прогностичної) значущості різних предикторів розвитку ретинопатії, включення у дослідження результатів ультразвукової доплерографії очничої артерії (враховуючи той факт, що діабетична ретинопатія є саме васкулярним ускладненням діабету) та розрахунком логістичної регресійної моделі ризиків розвитку діабетичної ретинопатії у хворих на цукровий діабет 2 типу.

МАЛТ ЛІМФОМИ КОН'ЮНКТИВИ. КЛІНІКА ТА ЛІКУВАННЯ

Баран Т.В.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,

Київ, Україна

Актуальність. Лімфоми - злоякісні пухлини з лімфоїдної тканини. МАТ лімфома відноситься до класу індолентних / в'ялопротікаючих, або повільних / лімфом. Назва означає що джерелом пухлини стала клітина лімфоїдної тканини пов'язаної з слизовою оболонкою.

Найбільш характерними для лімфом органу зору є локалізація в кон'юнктиві та орбіті . Захворювання має сприятливий перебіг і не потребує хірургічного лікування. При локальному опроміненні досягають руйнування клітин пухлини / внаслідок високої чутливості лімфоїдних клітин до опромінення /.

Мета: дати симптоматику МАТ лімфоми кон'юнктиви і клінічні прояви пухлинного процесу в кон'юнктиві, а також методи лікування і результати диспансерного спостереження.

Матеріали і методи: Під нашим спостереженням в продовж 4 років перебувала пацієнтка Н., 24 років з діагнозом МАЛТ лімфома кон'юнктиви обох очей.

Пацієнтці проведено, як первинне, так і в динаміці, повне офтальмологічне обстеження /збір анамнезу життя. гематологічний анамнез, клінічний анамнез, КТ, МРТ органів грудної та черевної порожнини, малого тазу, біопсія пухлини/.

Результати: при огляді кон'юнктиви виявлено гіперемовані пухлиноподібні височини переважно розташовані в нижньому склепінні.

При біопсії діагноз підтверджено.

При цілеспрямованому обстеженні пацієнтки по органам і системам подібної патології інших органів не виявлено

В якості лікування була проведена брахіотерапія з застосуванням бета-

аплікаторів.

Діагностика пухлинного процесу потрібна і після лікування. Повторну діагностичну біопсію треба виконувати лише через декілька місяців після опромінення, так як навіть при повній ремісії лімфоїдна інфільтрація ще деякий час може зберігатися.

Після опромінення призначали антибіотики /краплі та мазі/, кортикостероїди та замінники сльози місцево.

Повторний курс лікування / бета-аплікаторами / проводили через пів року. Рецидиву захворювання в продовж трьох років не спостерігалось. Хвора перебуває на диспансерному обліку у лікаря офтальмолога та онколога.

Висновки:

1) Пацієнтам з підозрою на злоякісне новоутворення обов'язково необхідно виконувати біопсію з підозрілих ділянок.

2) При підтвердженні діагнозу пацієнт має бути повністю комплексно обстежений по органам і системам.

3) Лікування як і диспансерне спостереження має бути погодженим між лікарями офтальмологом та онкологом.

4) Необхідний постійний диспансерний нагляд таких пацієнтів з метою профілактики та запобігання рецидиву захворювання.

ВИБІР ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ – VEGF ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕТИНОПАТІЇ НЕДОНОШЕНИХ, ДОСВІД ПРОВІДНИХ КРАЇН СВІТУ

Барінов Ю.В., Бакуменко Я.О., Чугаєв Д.І.

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит»

Київ, Україна

Актуальність. Ретинопатія недоношених (РН) – тяжке вазопроліферативне захворювання очей недоношених дітей, в основі якого лежить затримка нормального васкулогенезу та оксидативне ушкодження сітківки, що призводить до зупинки росту нормальних судин та утворення патологічних. У зонах аваскулярної сітківки продукується фактор росту ендотелію судин (VEGF), роль якого у внутрішньоутробному розвитку – стимуляція росту судин сітківки. У недоношених новонароджених продукція VEGF пригнічується за рахунок різкої гіпероксії, що призводить до порушення росту судин. В результаті змін, які відбуваються всередині ока, активна фаза триває до 6 місяців з дня народження дитини. Для профілактики прогресування захворювання використовують сучасні методи лікування, такі як: медикаментозне, лазеркоагуляція, кріокоагуляція, комбіноване та вітректомія. Своєчасне втручання допомагає запобігти сліпоті в більшості випадків.

Мета. Проаналізувати ефективність та віддалені наслідки застосування препаратів анти-VEGF та лазеркоагуляції при лікуванні активної фази ретинопатії недоношених за даними літератури провідних країн світу за останні роки.

Матеріали і методи. На основі даних літератури провідних країн світу за останні роки лазерна абляція, як і раніше, є стандартом лікування РН, але інтерес викликають препарати проти фактору росту ендотелію судин (VEGF). До переваг ін'єкції антиVEGF у порівнянні з лазеркоагуляцією слід віднести:

швидкість та легкість використання та швидка відповідь на лікування, препарати анти-VEGF призводять до меншої частоти виникнення короткозорості високого ступеню, ніж лазеркоагуляція аваскулярних зон сітківки. У дослідженні RAINBOW короткозорість високого ступеню (> 5,00 діоптрій) спостерігалася у 5% очей, які отримували ранібізумаб у дозі 0,2 мг. в порівнянні з 20% очей, яким було проведено лазерне лікування. За останніми дослідженнями, що порівнюють анти-VEGF та лазерне лікування не було виявлено відмінностей у регресі захворювання, знизилась кількість хірургічних втручань, зменшилась кількість аномалій рефракції (ступінь астигматизму та кількість аметропій), за останніми проведеними даними виявлено зменшення кількості несприятливих наслідків в очах отримавших традиційне лікування. До недоліків лікування, за допомогою препаратів анти-VEGF відносять: повторні процедури введення препарату, більш тривалий період лікування та можливість рецидиву, тому необхідно збільшити кількість скринінгових оглядів після введення препарату. Також важливо пам'ятати про віддалені наслідки, як тракційне або регматогенне відшарування сітківки, ретиношизис, стійка аваскулярна сітківка, макулярні аномалії, судинні зміни, катаракта, глаукома, косоокість та інші. Ризики та переваги альтернативних методів лікування мають бути обговорені та узгоджені з батьками чи опікунами.

Результати. Проаналізувавши дані літератури, ми маємо змогу оцінити ефективність лікування РН за допомогою анти-VEGF та можливість використання даної групи препаратів у пацієнтів з РН в Україні. При лікуванні РН, за допомогою анти-VEGF, показало значне зниження частоти відшарування сітківки в короткостроковій перспективі (8 тижнів після лікування) порівняно з лазерним лікуванням у немовлят, яких лікували до 36-тижневого постменструального (ПМА) віку. У дітей, які отримували лікування після 36 тижнів ПМА, препаратами анти-VEGF або отримали лазерне лікування мали низьку частоту відшарування сітківки через 8 тижнів після лікування. Тим не менш, лазерне лікування може залишатися переважним методом лікування більшості пацієнтів

Висновки. Лікування препаратами анти – VEGF має переваги у дітей із системною нестабільністю, які не можуть перенести лазерне лікування, дітей із ригідною зіницею, *vasculosa lentis* або непрозорими оптичними середовищами (через крововиливи та інші причини). Питання про використання анти – VEGF препаратів повинно обговорюватися та розглядатися консиліарно, враховуючи соматичний стан дитини, обговорюватися з батьками чи опікунами пацієнта та використовуватись під кожний випадок індивідуально.

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Біляєва О. О., Риков С. О., Шаргородська І. В., Крижевський Є. Є.,

Бушуєва О. В., Захаревич Г. Є.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,

ФПДО Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

Київ, Львів, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ (2018) діабет є важливою причиною сліпоти, ниркової недостатності, ампутації нижніх кінцівок та інших довгострокових негативних наслідків, що суттєво впливають на якість життя пацієнтів. Протягом 10-15 років у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) з'являються ознаки діабетичної ретинопатії, і через 30 років – понад 90% діабетиків набувають такої патології зору.

Мета. Провести вивчення визначення показників, що характеризують патогенетичні механізми розвитку судинної дисфункції, зокрема діабетичної ретинопатії (ДР) та взаємозв'язок цих змін із оксидом азоту.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 2114 пацієнтів з різними хірургічними захворюваннями (з них 1073 хворих з гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин), серед яких з цукровим діабетом 2 типу було 193 пацієнти та з синдромом діабетичної стопи 2-5 стадії по Wagner та діабетичній ретинопатії основної групи (268 очей). До групи порівняння увійшли 59 пацієнтів (118 очей) із ЦД відповідного віку без СДС та ДР. Обидві групи були однакові за віком та статтю.

Результати. Встановлено залежність між ДР та вмістом кінцевих продуктів метаболізму оксиду азоту у периферичній крові. Підвищення рівня в 1,78 разу ($p < 0,01$). Отримано зниження активності СОД у пацієнтів із ДР у 1,56 разу ($p < 0,01$) порівняно з групою порівняння. Аналіз вмісту ТБК-активних продуктів у периферичній крові показав підвищення показника в основній групі

у 1,58 рази ($p < 0,01$) щодо референтних значень пацієнтів без діабетичної ретинопатії. Крім того, при визначенні вмісту S-нітрозотіолів встановлено підвищення цих показників в основній групі в 2,38 рази ($p < 0,01$). Також у пацієнтів основної групи з ДР отримано підвищення концентрації гомоцестеїну у периферичній крові у 5,13 рази ($p < 0,001$). Слід пам'ятати, що NO може мати як позитивні, і шкідливі ефекти залежно з його концентрації. З одного боку, NO викликає розслаблення кровоносних судин, знижуючи кров'яний тиск, запобігає агрегації та адгезії тромбоцитів, обмежує окислення холестерину ЛПНЩ, пригнічує проліферацію клітин гладких м'язів та знижує експресію прозапальних генів, які пов'язані з атерогенезом. З іншого боку, NO взаємодіє з O_2 -, призводячи до інактивації NO та продукції пероксинітриту, який посттранскрипційно модифікує білки та негативно впливає на їх функцію. Це може сприяти ендотеліальній дисфункції, стимулюючи вироблення медіаторів запалення та перекисне окислення ліпідів і, таким чином, збільшуючи проникність клітин.

Висновки. Таким чином, в результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих на цукровий діабет, ускладнений ретинопатією та СДС визначається значне підвищення вмісту оксиду азоту в периферичній крові, причиною якого є гіперглікемія. Використання міжклітинного посередника (оксиду азоту NO), який сприяє фізіологічному регулюванню гемодинаміки ока, захищає ендотеліальні клітини судин від патогенних факторів ішемії допоможе клініцистам вибрати дієву фармакологічну терапію, що підходить для конкретного пацієнта та конкретного ока.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ АКОМОДАЦІЇ У ДІТЕЙ

Бушуєва Н. М., Слободяник С. Б., Духаєр Шакір, Гузун О. В.

ДУ «Інститут ОХ і ТТ ім. В.П. Філатова НАМНУ»

Одеса, Україна

Актуальність. За останні роки внаслідок комп'ютеризації різко зросло навантаження на орган зору, що привело до збільшення частоти акомодацийних розладів у дітей. Тісний зв'язок акомодації і зіничної реакції обумовлює інтерес до вивчення зіничних реакцій, які могли б стати об'єктивним критерієм оцінки вегетативного забезпечення акомодації при її порушеннях і сприяли вибору патогенетично обґрунтованого лікування.

Мета – визначити значимість даних пупілографії для вибору метода лікування порушень акомодації у дітей та оцінити ефективність терапії різними методами.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 130 дітей, 320 студентів зі спазмами акомодації і 79 дітей зі слабкістю акомодації у віці від 6 до 18 років. за кардіоваскулярним вегетативним індексом Кердо всі хворі були розділені на нормотоніків, симпатотоніків і парасимпатотоніків. Пупілографічне дослідження проводили за допомогою комп'ютерного окулографа «ОК-2». Досліджували акомодацийну реакцію при переведенні погляду з 100 см на 10 см. Визначали максимальну площу розширеної зіниці (S_{\max}); мінімальну площу звуженої зіниці (S_{\min}); тривалість латентного та активного періодів звуження (T_2 і T_3) та розширення зіниці (T_5 і T_6).

Методи лікування хворих зі спазмами акомодації включали інстиляцію препаратів циклопентолату 1% і фенілефрину 2,5% за схемою (4 дні інстиляції фенілефрину 2,5%, далі – 1 день інстиляції циклопентолату 1% на ніч з наступною дводенною перервою) протягом місяця. Також хворим зі спазмом акомодації проводили лазерстимуляцію (ЛС) діодним лазером ($\lambda=650$ нм, $W=0,4$ мВт/см², $t=300$ с).

Хворі зі слабкістю акомодатції проходили курс апаратного лікування, що включав транскраніальну стимуляцію на приладі ЕТРАНС (електричні імпульси постійного та змінного струму силою від 0,6 до 1,5 мА, частотою імпульсів 78 Гц, тривалість сеансу 15 хв), або фосфенелектростимуляцію (ФЕС).

Результати. У дітей зі спазмами акомодатції (СА) максимальна площа зіниць (S_{max}) залежала тільки від балансу ВНС і не залежала від віку дітей: у парасимпатотоніків була в середньому $21,9 \pm 5,6$ мм², у симпатотоніків – $27,5 \pm 4,1$ мм² (на 46-53% менше, ніж у здорових симпатотоніків), в цілому – $23,94 \pm 5,5$ мм² (ДІ 95% 22,8-25,0). Мінімальна площа зіниць (S_{min}) у всіх дітей складала у середньому $11,8 \pm 3,8$ мм² і не залежала від віку дітей та тону ВНС. Тривалість періодів звуження зіниці (Т2 і Т3) у дітей зі спазмами акомодатції була більша, ніж у здорових осіб: у парасимпатотоніків на 37-50%, у симпатотоніків – на 54-102%. Латентний період розширення зіниці (Т5) був довшим у парасимпатотоніків – на 77-150%; у симпатотоніків – на 210-311%. Всі діти зі слабкістю акомодатції за індексом Кердо була симпатотоніками, які мали показники зіничних реакцій такі ж, як у здорових дітей. S_{max} складала $49,3 \pm 13,8$ мм² (ДІ 95 % 47,1-51,6), S_{min} – $21,9 \pm 9,0$ мм². Порівняно зі спазмом акомодатції при слабкості акомодатції площа зіниць була значно більшою, а тривалість періодів звуження та розширення зіниць коротшими.

Діти зі спазмами акомодатції були проліковані мідріатиками протягом 1 місяця за запропонованим алгоритмом. До лікування у 93% пацієнтів була міопія слабого ступеня, у 7% – еметропія; після лікування – міопію визначали лише у 30%, у 60% була еметропія та у 10% – гіперметропія. Резерви акомодатції за Дашевським до лікування в усіх хворих не перевищували 2,0 дптр, після лікування вони підвищилися до 3,0-3,5 дптр. Також у всіх пацієнтів після лікування підвищилася некоригована гострота зору.

Після курсу ЛС у 320 студентів також відзначали підвищення некоригованої гостроти зору вдалину у середньому на 10% від вихідної (до 1,0). Підвищення резервів акомодатції відмічено у 66% випадків – вище 3,2 (SD, 0,90) дптр.

У дітей зі слабкістю акомодатції після курсу лікування методом ТЕС гострота зору вдалину і показники акомодатції покращилися відповідно на 65% і 136%, після ФЕС – на 40% і 127%. Максимальна площа зіниць після ТЕС зменшилася на 3%, що може свідчити про її парасимпатичний вплив. Також після ТЕС скоротилася тривалість періодів звуження зіниці – латентного (Т2) на 10% і активного (Т3) на 16%.

Висновки Різниця між значеннями Smax у дітей зі спазмами акомодатції ($23,94 \pm 5,5 \text{ мм}^2$, ДІ 95% 22,8-25,0) та у дітей зі слабкістю акомодатції ($49,3 \pm 13,8 \text{ мм}^2$, ДІ 95 % 47,1-51,6) може свідчити про локальний стан вегетативного балансу ока при порушеннях акомодатції та може розглядатися в якості критерію для вибору виду лікування. Так, при максимальній площі зіниць в межах $22,8-25,0 \text{ мм}^2$ і спазмі акомодатції слід призначати лікування мідриатиками. При Smax в межах $47,1-51,6 \text{ мм}^2$ і слабкості акомодатції показані транскраніальна електростимуляція або фосфенелектростимуляція і лазерстимуляцію діодним лазером ($\lambda=650 \text{ нм}$, $W=0,4 \text{ мВт/см}^2$, $t=300 \text{ с}$).

ВРАЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОГО ВІДРІЗКА ОКА ПРИ МАВПЯЧІЙ ВІСПІ: СИМПТОМИ, РИЗИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Варивончик Д. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Мавпяча віспа (МВ) (en.: Monkeypox) – інфекційне зоонозне природньо осередкове віспоподібне захворювання, що викликається вірусом мавп (*Monkeypox virus*) [МКХ–10: B04: МКХ–11: 1E71].

У 2022 р. спостерігається епідемічний спалах МВ. Перший випадок МВ зареєстровано у Великій Британії (04.05.2022 р.), який впродовж травня 2022 р. поширився на декілька країн Європи. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 20.05.2022 р. скликала Надзвичайну зустріч експертів для обговорення спалаху МВ.

Голова ВООЗ 23.07.2022 р. оголосив Надзвичайну ситуацією міжнародного масштабу (НСММ), зумовлену МВ. Згідно до «Міжнародних медико-санітарних правил» оголошення НСММ є найвищим рівнем санітарно-епідеміологічної небезпеки громадському здоров'ю.

Станом на 23.09.2022 р. випадки МВ зареєстровано у 118 країнах (усього є підтверджено – 64,9 тис. та є підозрілими – 3,7 тис. випадків). Найбільша кількість хворих на МВ спостерігається у США (24,2 тис.), Іспанії (7,2 тис.), Бразилії (7,0 тис.), Франції (3,9 тис.), Німеччині (3,6 тис.), Великій Британії (3,4 тис.). В Україні зареєстровано 3 випадки захворювання на МВ.

Мета. Підвищити поінформованість лікарів-офтальмологів щодо враження переднього відрізка ока при МВ.

Матеріали і методи. Аналіз світової наукової літератури та статистичної інформації.

Результати. Джерелами збудника МВ є: хворі тварини (мавпа, лучний собачка/циноміс, гамбійський хом'яковий щур та ін.) (з 1970 до 2022 р.р.); хворі люди (передача від людини до людини вперше реєструється з 2022 р.).

Шляхи передачі збудника МВ:

- повітряно-крапельний (при тривалому особистому контакті), через органи дихання, слизові оболонки рота, носа, очей;
- контактний, через пошкоджену при травмі шкіри (укус / подряпина ненанесені хворою твариною);
- близький контакт між людьми («віч-на-віч», «шкіра до шкіри», «рот до шкіри», «рот – рот»). Під час статевого акту (вірус виділено із сперми);
- побутовий (при використанні контамінованих збудником речей – одягу, білизни, посуду тощо);
- від матері до дитини (через плаценту).

Групи ризику. Під час спалаху у 2022 р. МВ переважно вражаються чоловіки що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) (98 – 99 % випадків). Реєструються випадки захворювання і серед молодих гетеросексуальних чоловіків, цисгендерних жінок, дітей (частіше до 10 років).

Заразність: хвора на МВ людина може поширювати вірус з моменту появи симптомів до повного загоєння шкіри.

Летальність від МВ: від 0 до 9,8 % (сучасний спалах – до 1 %).

Клінічні ознаки. Інкубаційний період: 5 – 21 днів. Тривалість захворювання: 14 – 28 днів. Клінічний перебіг має три періоди:

- *Період інвазії (1 – 3 дні захворювання):* грипоподібний синдром, лімфаденіт (90 %); респіраторні симптоми.
- *Період висипки (через 2 – 4 дня після появи гарячки):* екзантема (обличчя → руки / долоні, ноги / підошви → тулуб; у 30 % – в навколо анальної і генітальній ділянках). Можлива енантема на слизових оболонках ока, порожнини рота, піхви, прямої кишки. Висипка може бути поодинокую чи множинною, із тенденцією до злиття, має діаметр 6 – 10 мм,

проходить наступні морфологічні стадії: пляма → везикула → скоринка → рубець.

- *Період одруження чи ускладнень (з 7 – 14 (21) днів після появи висипки):* спостерігається поступове полегшення стану хворого і одруження чи виникнення бактеріальних ускладнень (пневмонія, сепсис, енцефаліт, важка очна інфекція).

Частота і ступінь тяжкості вражень переднього відділу ока при МВ залежать від: раніше проведеної вакцинації від натуральної віспи (НВ) (яка проводилась до 1980 р.); наявності імунодефіциту (в т.ч. ВІЛ-інфекції/СНІДу); тяжкості перебігу МВ.

Первинні вірусні ураження органа зору мають біля 20 – 25 % хворих на МВ, які проявляються у вигляді везикулярно-пустульозно-виразкового:

- (1) блефариту (щеплені від НВ – 7 %, нещеплені – 30 %);
- (2) кон'юнктивіту (щеплені від НВ – 14 %; нещеплені – 17 %);
- (3) кератиту (щеплені від НВ – 3,6 %; нещеплені – 7,5 %);
- (4) виразки рогівки (щеплені від НВ – 1 %; нещеплені – 4 %).

Внаслідок враження МВ переданого відділу ока стійка втрата зорових функцій спостерігається серед 5 – 10 % хворих з враженнями переднього відділу ока, що зумовлено формуванням помутнінь рогівки та вторинних бактеріальних ускладнень.

Діагностика та диференційна діагностика. Клінічний діагноз ураження органа зору при МВ визначається за наявністю специфічних ознак і динаміки захворювання (епідеміологічний анамнез, лихоманка, лімфаденіт, екзантема/енантема) і везикулярно-пустульозно-виразкових вражень переднього відрізка ока (блефарит, кон'юнктивіт, кератит).

Методом лабораторної діагностики МВ є виявлення за допомогою ПЛР у біологічних рідинах (виділення із елементів сипу, у скоринках елементів сипу, у сльозі, у відбитках виразок) ДНК *Monkeypox virus*. Серологічна діагностика (визначення антитіл / специфічних імуноглобуліні) при діагностиці МВ не використовується.

Диференційна діагностика здійснюється з низкою захворювань, які супроводжуються екзантемою/енантемою і одночасним ураженням органа зору: (1) інфекційних (натуральна віспа, вітряна віспа, кір, герпетична інфекція), (2) бактеріальних, в т.ч. сифілітичних, (3) алергічних, (4) автоімунних (синдром Бехчета) та ін.

Лікування. Загальна лікувальна тактика визначається ступенем тяжкості захворювання. Всі хворі потребують ізоляції на 21 добу, в залежності від важкості стану – в амбулаторних (домашніх) чи стаціонарних умовах.

Вражену висипкою шкіру та слизові оболонки необхідно обробляти антисептичними засобами, до повного їх загоєння.

При легкому перебігу МВ найбільш часто застосовується симптоматична терапія (нестероїдні протизапальні засоби).

При помірному та тяжкому перебігу – додатково детоксикаційна терапія (колоїдні та кристалоїдні розчини).

Системна етіотропна противірусна терапія (*метисазон, тековірімат, бринцидофовір*) застосовується лише у випадку важкого перебігу МВ.

Антибактеріальна терапія (антибіотики широкого спектра дії: напівсинтетичні пеніциліни, макроліди, цефалоспорини) – при наявності важкої супутньої патології, яка може сприяти бактеріальним ускладненням захворювання.

При враженнях переднього відрізка ока при МВ місцева етіотропна противірусна терапія – не застосовується.

Для профілактики вторинної бактеріальної інфекції ока, місцево застосовують антисептичні (*сполуки цинку, декаметоксин, мирамістин*) та антибактеріальні засоби широкого спектра дії (антибіотики – *хлорамфенікол, тетрациклін, тобраміцин, азитроміцин*; флюороквінолони (фторхінолони) – *левофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин*).

При наявності одночасного враження шкіри повік та кон'юнктиви/рогівки найбільш доцільним є поєднання одночасного застосування двох форм одного лікарського засобу – очних крапель та очних мазей (наприклад, *тобраміцин*, *офлоксацин*).

Місцеве використання кортикостероїдних лікарських засобів може бути застосовано як виключення – в мінімальних терапевтичних дозах та найкоротшим курсом.

Профілактика. До основних заходів попередження передачі збудника МВ належать:

- 1) Щеплення (вакциною від натуральної віспи, яка перехресно захищає і від МВ; чи специфічною вакциною від МВ, яка розробляється в теперішній час). За рекомендацією ВООЗ (2022) щеплення здійснюється не всього населення, а лише цільових групи високого ризику (медичних працівників; ЧСЧ; ВІЛ-інфіковані та інших).
- 2) Використання засобів дезінфекції при проведенні санобробки приміщень, предметів в місцях масового скупчення людей, в приміщеннях, де знаходиться хворий на МВ.
- 3) Миття рук з милом або обробка їх спиртовмісним антисептиком.
- 4) Обмеження тісно не контактувати з незнайомими людьми або мандрівниками. Знаходження на відстані не менш ніж 1 м один-від-одного.
- 5) Зменшення кількості статевих партнерів. Після одужання від МВ рекомендується користування презервативами під час статевого акту впродовж 12 тиж. (3 міс.).
- 6) Раннє виявлення і ізоляція на 21 день всіх хворих на МВ. Медичний огляд та ізоляція хворих повинні відбуватись переважно у приміщенні з негативним тиском повітря або в окремому кабінеті для огляду, щоб унеможливити контакт з іншими людьми.
- 7) Працівники закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим на МВ, повинні використовувати повний комплект засобів

індивідуального захисту (одноразовий халат, захисні рукавички, респіратор FFP2/FFP3, захисні окуляри).

Враховуючи високу частоту враження ЧСЧ під час епідемічного спалаху МВ 2022 р. в закладах охорони здоров'я необхідно підсилити заходи із захисту персональної інформації, попередження стигми і дискримінації пацієнтів, що сприятиме ранньому зверненню по медичну допомогу пацієнтів з клінічними ознаками МВ, їх своєчасній ізоляції і перериванню епідемічних ланцюгів в популяції.

Висновки. Підвищена насторога та реалізація заходів профілактики під час надання допомоги хворим з враженнями переднього відрізка ока дозволить лікарям-офтальмологам: захиститись від професійного інфікування на робочому місці МВ; проводити раннє виявлення хворих на МВ і попереджати її поширення у популяції; надавати своєчасну і якісну офтальмологічну допомогу хворим з МВ, що попередить виникнення у них стійкої і незворотної втрати зорових функцій.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАКТОФЕРИНУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ РОГІВКИ

Гавриляк І. В., Гребень Н. К., Жабоедов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність. Травми та захворювання рогівки різної етіології можуть викликати незворотні зміни в структурі та морфології рогівки, порушення прозорості рогівки викликає зниження або втрату гостроти зору. Всі різноманітні травми рогівки можна розділити на групи: механічні та під впливом хімічних чи термічних факторів, або комбіновані травми. Травматичні пошкодження рогівки, ерозії рогівки та непроникаючі поранення рогівки з наявністю сторонніх тіл або без сторонніх тіл є однією з ключових причин погіршення зору і впливає як на пацієнта, знижуючи якість життя, так і становить медико-соціальну проблему, спричиняючи втрату працездатності.

Мета. Провести динамічне клінічне дослідження пацієнтів з непроникаючими травматичними пошкодженнями рогівки до та після проведення лікування з застосуванням очних крапель на основі лактоферину.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 32 пацієнти(32 ока) з травматичними пошкодженнями рогівки, які звернулися за спеціалізованою офтальмологічною допомогою та обстеженні на базі кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця КНП «Олександрівська клінічна лікарня». Пацієнти були розподілені за демографічними показниками: 19 чоловіків (59,4%) і 13 жінок (40,6%), у віці від 24 років до 62 років(середній вік пацієнтів складав $47,5 \pm 2,3$).). Період звернення пацієнтів в першу добу отримання травми – 14 пацієнтів(43.8%), з 2 по 3 добу –13 пацієнтів (40,6%) і з 4 по 6 добу – 5 пацієнта (15,6 %) Всім пацієнтам проведено комплексне офтальмологічне обстеження: збір анамнезу, візіометрія, біомікроскопія, фарбування рогівки флюоресцеїном, тонометрія,

офтальмоскопія, оптико-когерентна томографія переднього відрізка ока. Пацієнти розподілені на групи в залежності від проведеного лікування. Контрольна група складала 12 пацієнтів, які отримували стандартне лікування-антибіотикотерапію і кератопротектори. Основну групу склали 20 пацієнтів, які крім стандартного лікування отримували очні краплі на основі лактоферину. Критеріями оцінки ефективності лікування були наступні параметри: підвищення гостроти зору, бальна оцінка рогівки, епітелізація рогівки, відновлення шарів рогівки за даними оптико-когерентної томографії.

Результати. У всіх пацієнтів відмічалось повне відновлення гостроти зору до початкових показників (від $0,62 \pm 0,04$ до $0,87 \pm 0,05$). Застосування лактоферину в лікуванні пацієнтів з травматичними пошкодженнями рогівки показало стабільні клінічні і функціональні результати в основній групі в порівнянні з контрольною (зменшення набряку, відновлення епітелію, зменшення проявів запалення рогівки). За даними оптико-когерентної томографії спостерігалось відновлення рогівкового дефекту гіпоректорним епітелієм ($536 \pm 3,8$ мкм), наявність демаркаційної лінії між відновленою і здоровою стромою. Спостерігалось скорочення періоду лікування основної групи, порівняно з контрольною групою на $2,3 \pm 0,6$ днів ($p < 0,05$).

Висновки. Використання очних крапель на основі лактоферину зменшують період лікування пацієнтів і покращують клінічні показники, в більш короткі терміни, а також зменшити ризики виникнення наслідків травми рогівки. Застосування лактоферину, як антибактеріального, противірусного і імуномодулюючого препарату, може бути прийнятий як самостійний терапевтичний засіб або в комбінації з іншими методами лікування для досягнення максимальної ефективності при травмах рогівки і запальних захворюваннях поверхні ока.

ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ ГЛЮКОЗНИХ ТРАНСПОРТЕРІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Ганюк В. М.¹, Петренко О. В.¹, Натрус Л. В.²

¹ *Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,*

² *Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

Київ, Україна

Актуальність. Глюкозні транспортери (англ. Glucose transporter, GLUT) - група мембранних білків, які відповідають за перенесення глюкози через клітинну мембрану. GLUT-1, -3, -4 визначають здібність транспорту глюкози через клітини крові, клітини нервової тканини та скелетні м'язи відповідно. Вивчення вмісту глюкозних транспортерів може розглядатися як важлива терапевтична стратегія пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу (ЦД2).

Мета – вивчення вмісту глюкозних транспортерів GLUT-1, GLUT -3, GLUT -4 у пацієнтів із проліферативною діабетичною ретинопатією на тлі ЦД2.

Матеріали і методи. Дослідження включало 106 хворих із ЦД2, у яких за результатами офтальмологічного обстеження виявлено проліферативну діабетичну ретинопатію (ПДР). Контрольну групу (n=37) становили особи без ЦД, співставні із пацієнтами за статтю, віком, індексом маси тіла. Дослідження рівня GLUT-1, GLUT-3, GLUT-4 проводили у плазмі крові методом твердофазного імуно-ферментного аналізу (ELISA) на напівавтоматичному аналізаторі RT2100C (RAYTO) (Китай) із використанням наборів Elabscience (Human CLUT1 # E-EL-H1822, Human CLUT3 # E-EL-H1824, Human CLUT4 # E-EL-H1825). Дані наведені як медіана±стандартна похибка.

Результати. При порівнянні вмісту в плазмі крові GLUT 1 не виявлено достовірної різниці між пацієнтами із ПДР та особами КГ, вміст протеїну

складав у пацієнтів $11,46 \pm 0,06$ нг/м, в КГ $11,08 \pm 0,09$ нг/м. Схожа картина спостерігалася у порівнянні вмісту GLUT 4, де вміст транспортера у пацієнтів становив $34,45 \pm 0,42$ нг/мл, а в КГ $31,49 \pm 1,2$ нг/мл. Поряд з цим, вміст GLUT 3 розрізнявся, у пацієнтів був 2 рази вище ($p < 0,05$) ніж в КГ, відповідно $11,15 \pm 0,14$ нг/мл у порівнянні із $6,34 \pm 0,55$ нг/мл.

Висновки. У пацієнтів з ПДР в порівнянні із КГ достовірне збільшення вмісту мембранного транспортера глюкози GLUT 3, який забезпечує транспорт глюкози в клітинах нервової тканини. Протеїни GLUT1 та GLUT4 які забезпечують транспорт глюкози в еритроцитах, клітинах крові, скелетних м'язах та жирових клітинах та не продемонстрували відмінність при наявності гіперглікемії і дають підставу вважати їх не задіяними у формуванні порушення вуглеводного обміну у пацієнтів із ЦД2 та розвитку діабетичної ретинопатії.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РІЗНИХ ВИДІВ ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ РЕГМАТОГЕННОМУ ВІДШАРУВАННІ СІТКІВКИ

Жабосєдов Д. Г., Жук А. М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність. Регматогенне відшарування сітківки (РВС), за даними літератури займає частку від 2% до 9% у структурі первинної інвалідності по захворюванням органу зору. «Золотим» стандартом у хірургічному лікуванні відшарування сітківки є транссклеральна мікроінвазивна хірургія малих розрізів з подальшою тампонадою вітреальної порожнини силіконовим маслом. Також для тампонади використовуються не тільки силіконове масло, але і гази з тривалим періодом розсмоктування, деякі різновиди рідких перфторорганічні сполуки (ПФОС) та ін. Кожен із заміників склоподібного тіла має свої переваги і недоліки, але для лікування найбільш важких форм РВС провідним до теперішнього часу залишається силіконове масло (Казайкин В.Н., 2009) .

Мета. Провести порівняльний аналіз функціональних результатів різних видів вітреоретинальних втручань при регматогенному відшаруванні сітківки

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 60 пацієнтів (60 очей ока), які були розділені на 2 групи.

1 групу спостереження склали 30 хворих (30 очей) із РВС з верхніми розривами сітківки, з давністю відшарування до 10 днів, яким виконувалася факоемульсифікація з імплантацією ІОЛ і 25G вітректомією та подальшою тампонадою вітреальної порожнини газо-повітряною сумішшю С3F8 20%.

2 групу спостереження склали 30 хворих (30 очей) із РВС з великими нижніми розривами сітківки, великою давністю відшарування та в ряді випадків з вираженою стадією проліферативної вітреоретинопатії яким виконувалася факоемульсифікація з імплантацією ІОЛ (інтраокулярна лінза) і

25G вітректомією, та подальшою тампонадою вітреальної порожнини силіконовим маслом.

Всім пацієнтам до та після проведення оперативного втручання проводили такі обстеження: візометрія, тонометрія, статична периметрія Humphrey, біомікроскопія, офтальмоскопія, спектральна оптична когерентна томографія (ОКТ).

Виконували порівняння показників зорових функцій та даних ОКТ, та ОКТ-ангіографії.

Для подання кількісних показників розраховувалося середнє значення змінної (M), стандартне відхилення ($\pm\sigma$). Порівняльний аналіз в групах проводився з використанням t-критерію Стюдента для незв'язаних сукупностей. Нульову гіпотезу про рівність значень ознак відкидали і відмінності між порівнюваними показниками вважали статистично значущим при рівні значущості $p < 0,05$.

Термін спостереження – 3 місяці.

Результати. При обстеженні 60 пацієнтів (60 очей) до оперативного втручання максимальна гострота зору з корекцією була $0,2 \pm 0,03$. Середній показник світлочутливості сітківки (MD) периметрії Humphrey склав – $7,4 \pm 1,3$ dB. Показник суми локальних дефектів полів зору (PSD) складав – $4,3 \pm 0,97$. Середній показник товщини сітківки за даними ОКТ складав – $290,5$ μ m.

При обстеженні пацієнтів 1 групи через 3 місяці після оперативного лікування максимальна гострота зору з корекцією складала $0,47 \pm 0,06$, MD складав $-1,2 \pm 0,6$ dB, PSD – $2,0 \pm 0,7$, середній показник товщини сітківки – $380,6 \pm 37,5$ μ m.

При обстеженні пацієнтів 2 групи через 3 місяці після оперативного лікування максимальна гострота зору з корекцією була $0,34 \pm 0,05$, MD – $2,4 \pm 0,9$ dB, PSD – $3,6 \pm 0,77$, середній показник товщини сітківки – $415,3 \pm 33,4$ μ m. У 4 пацієнтів (4 ока, 13,3%) спостерігалися парацентральні відносні скотоми.

Висновки. Виконання факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ і 25G вітректомією та подальшою тампонадою вітреальної порожнини газо-повітряною сумішшю С3F8 20% через 3 місяці дозволило статистично значуще ($p < 0,05$) в підвищити максимально кориговану гостроту на 38%, в 2 рази збільшити MD і зменшити PSD та на 9% знизити середній показник товщини сітківки у порівнянні з факоемульсифікацією з імплантацією ІОЛ і 25G вітректомією та подальшою тампонадою вітреальної порожнини силіконовим маслом.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В НАЙБЛИЖЧІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Жабоедов Д. Г., Куртичников О. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність. Однією з найважливіших проблем, що погіршують якість життя хворих на цукровий діабет (ЦД), є сліпота. Як показує статистика Всесвітньої організації охорони здоров'я – 51% усіх випадків сліпоти у світі викликані змутненням кришталика різного ступеню.

За даними різних досліджень частота розвитку вікової ускладненої катаракти у хворих на ЦД безпосередньо залежить від тривалості захворювання на ЦД (L. Wan X.H., Zhao G.H., 2014).

«Золотим стандартом» хірургії катаракти на даний час є факоемульсифікація з імплантацією задньокамерної інтраокулярної лінзи (ІОЛ). Факоемульсифікація катаракти (ФЕК) є поширеною та безпечною процедурою, але вона може бути пов'язана із загрозливими для зору ускладненнями у хворих на діабет, такими як діабетичний макулярний набряк, післяопераційний макулярний набряк, прогресування діабетичної ретинопатії, помутніння задньої капсули запальні процеси та ін (Peterson S.R. et al., 2018).

Мета. Вивчити ефективність хірургічного лікування катаракти у хворих на цукровий діабет 2 типу в найближчі терміни спостереження.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 80 пацієнтів (146 очей) із катарактою, хворих на цукровий діабет 2 типу, яким виконувалася ФЕК з імплантацією ІОЛ. У всіх пацієнтів супутньою була непроліферативна діабетична ретинопатія.

Пацієнтам до операції та у післяопераційному періоді в динаміці проводили дослідження рефрактометрії, гостроти зору, внутрішньоочного

тиску, біомікроскопію, ендотеліальну біомікроскопію, оптичну когерентну томографію сітківки, оптичну когерентну томографію сітківки в режимі ангіо та en face.

Для подання кількісних показників розраховувалося середнє значення змінної (M), стандартна помилка ($\pm m$). Для визначення статистичної значущості відмінностей середніх значень в двох незалежних групах використовували t-критерій Стюдента. Нульову гіпотезу про відсутність ефекту відкидали і відмінності між показниками вважали статистично значущими при рівні значущості $p < 0,05$.

Строк спостереження – 3 місяці.

Результати. При обстеженні 80 пацієнтів (146 очей) через 3 місяці після оперативного лікування некоригована гострота зору в середньому складала $0,52 \pm 0,02$. Максимально коригована гострота зору в середньому складала $0,66 \pm 0,02$. Рівень внутрішньоочного тиску в середньому був $15,24 \pm 0,2$ мм рт.ст. мм рт.ст., середня кількість ендотеліальних клітин (CD/mm²) – $1864,21 \pm 10,41$, за даними ОКТ товщина товщина фовеальної зони сітківки шкали ETDRS складала $268,21 \pm 1,44$ мкм.

Проведені нами дослідження упродовж 3 місяців після ФЕК з імплантацією ІОЛ у хворих на ЦД 2 типу встановили, що найчастішим ускладненням на першу добу після оперативного лікування був набряк рогівки, його частота складала 8,22%. Запальні ускладнення в середньому склали 11,64%, та були зафіксовані вже на першу добу після оперативного лікування. В інші строки спостереження запальних ускладнень не спостерігалось. На десятю добу спостерігвся набряк рогівки у 2,74% випадків. Через 1 місяць найчастішим і єдиним ускладненням був макулярний набряк, який було діагностовано в 10,27% випадків. Через 3 місяці найчастішим ускладненням був діабетичний макулярний набряк, його частота складала 10,96%.

Висновки.

1. Факоемульсифікація з імплантацією ІОЛ являється ефективним методом хірургічного лікування катаракти у хворих на ЦД 2 типу.

2. Виконання ФЕК з імплантацією ІОЛ у хворих на ЦД 2 типу дозволило статистично значуще підвищити некориговану гостроту зору в 7 разів через 3 місяці (тдо опер-3 міс= 8.19; p=0.0000), максимально кориговану гостроту зору в 5 разів (тдо опер-3 міс= 6.43; p=0.0000).

ВПЛИВ РІЗНИХ ВИДІВ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ НА РОЗВИТОК І ПРОГРЕСУВАННЯ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА

Жовтоштан М. Ю., Могілевський С. Ю., Усенко К. О.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Міопія - аномалія рефракції, що поширена серед 2.6 млрд людей (WHO World report on vision 2020).

Ексимерлазерна корекція (ЕЛК) - сучасний та ефективний метод корекції аномалій рефракції (AAO Refractive surgery BCSC 2019-2020). ЕЛК вважається однією з найбезпечніших хірургічних процедур (Joffe SN. 2021).

Найчастіше у світі використовують Laser-Assisted in Situ Keratomileusis (LASIK) як метод ЕЛК міопії (Chen S. et al 2012). З моменту схвалення FDA 25 років тому, спостерігається постійне технологічне удосконалення методу, яке сприяє покращенню результатів (Joffe SN. 2021). Набуває більшої популярності метод Femto LASIK (Farjo A.A. et al. 2013).

Мета: дослідити вплив різних видів ексимерлазерної корекції міопії на розвиток і прогресування синдрому сухого ока

Матеріали і методи. За 42 пацієнтами (84 ока), з діагнозом міопія, вели спостереження в ході дослідження. В залежності від методу ЕЛК- LASIK або Femto LASIK, всі пацієнти були поділені на 2 групи.

ЕЛК методом LASIK проводили пацієнтам 1-ї групи (24 пацієнта (48 очей)) на приладі WaveLight EX500 (Alcon). Рогівковий лоскут формували мікрокератомом Carriazo-Pendular, товщиною 110 мкм. Femto LASIK виконували 18 пацієнтам 2-ї групи на приладі WaveLight EX500 (Alcon), рогівковий клапоть формували фемтолазером FS200 (Alcon), товщина клаптя 110 мкм.

До та після втручання всім пацієнтам виконували візіометрію, рефрактометрію, кератометрію, тонометрію, кератотопографію, пупілометрію,

оптичну біометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію. Також оцінювали слъозопродукцію, пошкодження поверхні ока профарбовуванням флюоресцеїном, швидкість розриву слізної плівки для діагностики ССО.

Призначались інстиляції антибіотика фторхінолонового ряду та дексаметазону в післяопераційному періоді.

Термін спостереження – 12 місяців.

Результати. Перед операцією було виявлено 9,5% пацієнтів з ССО. Частота виникнення ССО через 1 місяць в 1-й групі становила 37,5% , 38,8% - в 2-й групі.

Через 6 місяців після ЕЛК методом LASIK частота ССО становила 16,6%, у 16,6% пацієнтів 2-ї групи був виявлений ССО.

Через 12 місяців після втручання частота ССО у пацієнтів 1-ї групи складала 16,6%, у 2-й групі ССО діагностовано у 16,6%.

Висновки. 1. При даному об'ємі дослідження частота виникнення ССО значно статистично не відрізнялась між двома групами протягом всього терміну спостереження. 2. Встановлено, що частота виникнення ССО після ЕЛК міопії не залежить від методу - LASIK або Femto LASIK.

ВПЛИВ ДОВЖИНИ ІНЦИЗІЇ НА РЕЗУЛЬТАТИ КОРЕКЦІЇ СКЛАДНОГО МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ ПРИ ВИКОНАННІ ЛЕНТІКУЛОЕКСТРАКЦІЇ

Завгородня Н. Г., Костровська К. О., Завгородня Т. С., Поплавська І. О.

Запорізький державний медичний університет

Медичний центр ТОВ «Візус»

Запоріжжя, Україна

Актуальність: Відомо, що для виконання корекції ReLEx SMILE фемтосекундний лазер Visumax дозволяє виконати інцизію для видалення лентікули від 2 до 4 мм. При оволодінні методикою рекомендовано робити більший доступ 4 мм, але надалі це залежить від вибору хірурга.

Мета: Покращення результатів корекції складного міопічного астигматизму методом ReLEx SMILE шляхом оцінки впливу довжини інцизії для видалення лентікули на точність післяопераційних результатів по циліндричному компоненту.

Матеріали і методи: Досліджували післяопераційні результати корекцій 34 пацієнтів з міопією та міопічним астигматизмом (67 очей). Вік пацієнтів був від 19 до 38 років, 56% групи склали жінки, 44% - чоловіки. Всім пацієнтам була виконана корекція методом ReLEx SMILE з приводу міопії та складного міопічного астигматизму на фемтосекундному лазері Visumax 500 (Karl Zeiss). Пацієнти були розділені на 2 групи: у 1-й групі (31 око) лентікулу видаляли через доступ 4 мм, у 2-й (36 очей) – 3 мм. Кератотопографію до та через 4 тижня після корекції виконували на приладі Orbscan (Baush&Lomb).

Результати: Циліндричний компонент передньої поверхні рогівки до операції складав у 1-й групі від -0,68 до -3,23 Дптр., в середньому $-1,68 \pm 0,31$ Дптр ($M \pm \sigma$), у 2-й групі від -0,83 до -2,96 Дптр., в середньому $-1,79 \pm 0,28$ Дптр.

($M \pm \sigma$). У всіх пацієнтів вдалося досягти через 4 тижня після корекції циліндричного компонента менше ніж $-0,75$ Дптр. Залишковий циліндр через 4 тижні після корекції в 1-й групі склав $-0,27 \pm 0,13$ Дптр., у 2-й групі – $-0,25 \pm 0,10$ Дптр. Достовірної різниці між показниками у двох групах виявлено не було.

Висновки: Зменшення довжини інцизії для видалення лентікули з 4 до 3 мм при проведенні корекції методом ReLEx SMILE не показало достовірного впливу на залишковий астигматизм. Але вдосконалення техніки для зменшення доступів та меншої травматизації рогівки важливе. Необхідні подальші дослідження у цьому напрямку.

ЗМІНИ СТАНУ «СУХОГО ОКА» ПРИ ПРОВЕДЕНІ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ ТА МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ

Завгородня Н. Г., Костровська К. О., Цибульська Т. Є., Безденежна О. О.

Запорізький державний медичний університет

Медичний центр ТОВ «Візус»

Запоріжжя, Україна

Актуальність: Синдром сухого ока є однією з найактуальніших проблем на теперішній час. Він може значно знижувати якість життя пацієнтів, особливо після перенесених хірургічних втручань з приводу корекції аномалій рефракції. Розвиток лазерних методів корекції пропонує все більш щадні методи, які без зайвих розтинів, обережно дозволяють змінити заломлюючу силу поверхні рогівки, але синдром сухого ока все ж таки залишається однією з важливих проблем рефракційних хірургів.

Мета: Порівняти прояви синдрому сухого ока у післяопераційному періоді у пацієнтів після проведення корекції міопії та міопічного астигматизму методами Femto-LASIK та ReLEx SMILE.

Матеріали і методи: Досліджували час розриву слізної плівки на кератотопографі Sirius (CSO) до та через 4 місяці після проведення лазерної корекції міопії та міопічного астигматизму у 38 пацієнтів (76 очей). Вік пацієнтів був від 19 до 39 років, 47% групи склали жінки, 53% - чоловіки. 19-ти пацієнтам (38 очей) корекцію проводили методом Femto-LASIK, 19-ти пацієнтам (38 очей) – методом ReLEx SMILE. Всі фемтосекундні втручання виконувалися на лазері Visumax 500 (Karl Zeiss). При виконанні Femto-LASIK діаметр флепу робили 7,8 мм.

Результати: До проведення корекції всі пацієнти мали ознаки синдрому сухого ока, але не використовували слюозозамінники. Час розриву слюзової плівки складав $8,63 \pm 1,47$ с ($M \pm \sigma$) у групі з Femto-LASIK та $8,29 \pm 1,56$ с ($M \pm \sigma$) у групі, де планувався ReLEx SMILE. Після виконання корекції пацієнти протягом 3 місяців використовували слюозозамінник за призначенням не менш ніж тричі на день. Далі пацієнтам рекомендувалося використовувати слюозозамінники тільки за потребою. У такому режимі залишилися 53% пацієнтів після Femto-LASIK, та тільки 37% пацієнтів після ReLEx SMILE. Дослідження часу розриву слюзової плівки через 4 місяці після корекції показало достовірну різницю між групами. У пацієнтів після Femto-LASIK він склав $6,81 \pm 1,30$ с ($M \pm \sigma$), а у групі після ReLEx SMILE – $8,18 \pm 1,13$ с ($M \pm \sigma$).

Висновки: Корекція міопії та міопічного астигматизму більш щадним методом ReLEx SMILE викликає менше посилення синдрому сухого ока після операції у порівнянні із методом Femto-LASIK.

ОСОБЛИВОСТІ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З КАТАРАКТОЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кирпичников О. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність. Катаракта - основна причина сліпоти в усьому світі, яка також є одним з найчастіших очних ускладнень які супроводжують цукровий діабет (ЦД) (Mohammadi SF et al., 2015). В результаті зростання поширеності ЦД у всьому світі, також зросла захворюваність на діабетичну катаракту.

Операція з видалення катаракти є поширеною та безпечною процедурою, але вона може бути пов'язана із загрозливими для зору ускладненнями у хворих на діабет, такими як діабетичний макулярний набряк, післяопераційний макулярний набряк (МН), прогресування діабетичної ретинопатії, помутніння задньої капсули запальні процеси та ін (Peterson S.R. et al., 2018).

Мета. Проаналізувати особливості ранніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів з катарактою та цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 80 пацієнтів (146 очей) із катарактою, хворих на ЦД 2 типу, яким виконувалася факоемульсифікація катаракти (ФЕК) з імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ). У всіх пацієнтів супутньою була непроліферативна діабетична ретинопатія.

Пацієнтам до операції та у післяопераційному періоді в динаміці проводили дослідження рефрактометрії, гостроти зору, внутрішньоочного тиску, біомікроскопію, ендотеліальну біомікроскопію, оптичну когерентну томографію (ОКТ) сітківки, оптичну когерентну томографію сітківки в режимі ангіо та en face.

Для подання кількісних показників розраховувалося середнє значення змінної (M), стандартна помилка ($\pm m$). Для визначення статистичної

значущості відмінностей середніх значень в двох незалежних групах використовували t-критерій Стьюдента. Нульову гіпотезу про відсутність ефекту відкидали і відмінності між показниками вважали статистично значущими при рівні значущості $p < 0,05$.

Досліджували особливості, характер та частоту ранніх післяопераційних ускладнень.

Термін спостереження – 1 місяць.

Результати. При обстеженні 146 очей через 1 місяць після ФЕК некоригована гострота зору в середньому складала $0,48 \pm 0,02$. Максимально коригована гострота зору в середньому складала $0,61 \pm 0,01$. Рівень внутрішньоочного тиску в середньому був $15,69 \pm 0,3$ мм рт.ст., середня кількість ендотеліальних клітин – $1868,31 \pm 10,62$, за даними ОКТ товщина товщина фовеальної зони сітківки шкали ETDRS складала $263,18 \pm 1,42$ мкм. При біомікроскопії око спокійне, рогівка прозора на всіх очах. Передня камера середньої глибини. Волога прозора. Артіфакія. ІОЛ чиста, центрована у капсульному мішку. Очне дно: ДЗН блідо-рожевий, межі чіткі, в макулярній області мікроаневризми, мікрогеморагії на всіх очах, на 15 очах (10,27%) визначалася відсутність макулярного рефлексу, згладженість контурів фовеа, на периферії без грубої патології. У цих пацієнтів за даними ОКТ визначався МН. МН (Ірвіна Гасса) та діабетичний МН розрізняли між собою за ОКТ ознаками. Ознаки МН Ірвіна Гасса – патерн набряку макулярної області у вигляді пелюсток квітки, симетричний по горизонтальній осі, проведеної через центр фовеа. Ознаки діабетичного МН – асиметричний патерн набряку по горизонтальній осі, проведеної через центр фовеа, зі збільшенням товщини сітківки в області мікроаневризм та розширених судин, а також наявність гіперрефлективних фокусів на рівні зовнішнього плексиформного шару, що відповідає твердим ексудатам.

Проведені нами дослідження упродовж 1 місяця встановили, що найчастішим ускладненням на першу добу після оперативного лікування був набряк рогівки, його частота складала 8,22%. Запальні ускладнення в

середньому склали 11,64%. На десяту добу спостерігвся набряк рогівки у 2,74% випадків. Через 1 місяць найчастішим і єдиним ускладненням був МН, який було діагностовано в 10,27% випадків.

Висновки.

1. Типовими ускладненнями раннього післяопераційного періоду після ФЕК з імплантацією ІОЛ у хворих на ЦД 2 типу були набряк рогівки – 8,22%, запальні – 11,64%, макулярний набряк – 10,27%.
2. Перспективою профілактики ускладнень є розробка ефективних прогностичних, профілактичних та лікувальних методів, що знижують їх частоту.

ВИПАДОК УРАЖЕННЯ ОРГАНУ ЗОРУ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДИТИНИ

Клопоцька Н. Г., Клопоцька К. П.

Дніпровський державний медичний університет

Дніпро, Україна

Актуальність. Ішемія сітківки та зорового нерву у дітей є рідкою патологією та, переважно, пов'язана з цереброваскулярними порушеннями. Причиною таких порушень може бути патологічна звивистість внутрішніх сонних артерій (ПЗВСА), яка розвивається на тлі недиференційованих форм дисплазії сполучної тканини. За даними літератури, ПЗВСА зустрічається у 27% дітей з неврологічною патологією, частіше у хлопчиків. Основними симптомами при клінічно значимій ПЗВСА є головні болі, втомлюваність, зорові дисфункції. У 19,5% дітей з ПЗВСА спостерігаються епілептичні напади, у 10%, переважно в шкільному віці, синкопальні стани, що більш типово для петлеподібної ПЗВСА. Дослідження кровотоку виявляє збільшення пікової систолічної швидкості, підвищення індексу резистентності, порушення ламінарності. Очні прояви представлені amaurosis fugax (85% пацієнтів), хронічною ішемічною оптикопатією (7%), атрофією зорового нерву (14%), ангиопатією сітківки.

Презентація випадку. Під нашим спостереженням в дитячому відділенні Дніпропетровської обласної клінічної офтальмологічної лікарні знаходився 12-річний пацієнт, госпіталізований для вирішення питання про призначення медико-соціальної допомоги з приводу часткової атрофії зорового нерву правого ока. Раніше, протягом трьох років, спостерігався за місцем проживання, декілька разів був оглянутий неврологом: за даними магнітно-резонансної томографії об'ємні процеси та вогнищеві ураження головного

мозку були відсутні; висновок невропатолога – суттєва неврологічна патологія відсутня, лікування не потребує.

При надходженні дитина скаржилася на періодичні запаморочення голови, затуманення зору перед обома очима. Vis OD 0,02, не коригується, vis OS 0,7 зі sph -1,0D=0,8; OU – очі спокійні, середовища прозорі, очне дно: ДЗН атрофічні, більше в OD, судини сітківки звужені, центр та периферія сітківки – без видимої патології. Рефрактометрія: міопія слабкого ступеню обох очей. Периметрія: неповна неконгруентна біназальна геміанопсія в поєднанні з верхніми альтитудинальними скотомами в обох очах. Кольоровідчуття – дейтераномалія, тип С. В-сканування OU – без патології. Оптична когерентна томографія – зменшення товщини сітківки та шару нервових волокон у всіх секторах. Дослідження біоелектричної активності фоторецепторів сітківки: біоелектрична активність фоторецепторів периферії сітківки знижена на OD в 10 раз, на OS в 7 раз; в макулярній зоні в 13 та в 4 рази, відповідно; загальний висновок: дистрофія фоторецепторного комплексу сітківки на фоні вираженої ішемії в хоріокапілярному шарі OU (більше справа) з частковою атрофією зорових нервів.

Огляд кардіолога: синдром дисплазії сполучної тканини, реактивні артралгії. На ЕЕГ: виражені зміни з елементами епілептоїдної форми активності в правій тім'яно-потиличній та правій лобній ділянці. Ультразвукове дуплексне сканування судин брахіоцефальної ділянки: судини шиї прохідні, відмічається асиметрія діаметрів і кровотоку, подовшення і звивистість артерій шиї (петлеподібна справа, S-подібна зліва); збільшення швидкості і підвищення опору кровотоку в артеріях хребта, особливо справа. Висновок невропатолога обласної дитячої клінічної лікарні: ПЗВСА, ангіопатія очних артерій на тлі системного захворювання сполучної тканини. За результатами обстеження дитина була взята під нагляд та лікування неврологом і кардіологом.

Висновок. Незважаючи на рідкість хронічного ішемічного синдрому ока в дитячому віці, у випадках атрофічного ураження зорових нервів нез'ясованого

генезу у дітей доцільно проводити ультразвукове дослідження судин голови та ший з визначенням параметрів кровотоку, а також обстеження на наявність синдрому дисплазії сполучної тканини.

РЕЗУЛЬТАТИ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ ЗАГОСТРЕННЯХ ХРОНІЧНИХ ДАКРІОЦИСТИТІВ НА ТЛІ НЕПРОХІДНОСТІ НОСО-СЛЬОЗОВОЇ ПРОТОКИ

Костровська К. О., Костровський О. М., Саржевська Л. Е.

Запорізький державний медичний університет

Медичний центр ТОВ «Візус»

Запоріжжя, Україна

Актуальність: Існує досить багато досліджень збудників гнійних дакріоциститів, але проблема потребує постійного контролю. Спектр збудників може змінюватися, особливо на тлі широкого системного, часом не виправданого та неконтрольованого, застосування антибіотиків, яке спостерігалось у суспільстві протягом перших хвиль епідемії COVID19.

Мета: Дослідити мікробіологічний спектр вмісту слюзового міхура при загостреннях хронічних гнійних дакріоциститів на тлі непрохідності носо-слюзової протоки та чутливість виявлених культур до хіміотерапевтичних препаратів.

Матеріали і методи: Проаналізовано результати мікробіологічних досліджень вмісту слюзового міхура у 18 пацієнтів із загостренням хронічного гнійного дакріоциститу до призначення лікування. Вік пацієнтів був від 38 до 72 років. Серед досліджуваних переважно більшість склали жінки – 14 пацієнтів (78%).

Результати: При первинному огляді лікарем 44% пацієнтів вже вживали антибактеріальні чи антисептичні препарати місцево протягом 3-10 днів, які призначили собі самостійно, але припинили використання, не отримавши бажаного ефекту. У 50% (9 пацієнтів) росту мікрофлори було не виявлено. У переважної більшості (5 пацієнтів, 28%) виявився гемолітичний стафілокок. У

11% (2 пацієнта) був виявлений епідермальний стафілокок, та у 11% (2 пацієнта) був виявлений золотистий стафілокок. При перевірці чутливості гемолітичний та епідермальний стафілококи були чутливі до азітроміцину, гентаміцину, тетрацикліну, моксифлоксацину, групи пеніцилінів (не виявили продукції пеніцилінази). При цьому була проміжна чутливість до ципрофлоксацину, левофлоксацину та офлоксацину (антибіотиків, що зараз найчастіше застосовуються місцево у офтальмологічній практиці). Золотистий стафілокок був чутливий до гентаміцину, тетрацикліну, моксифлоксацину, групи пеніцилінів (не виявив продукції пеніцилінази) та групи фторхінолонів, але проявив стійкість до азітроміцину та інших макролідів.

Висновки: Серед збудників загострення хронічного гнійного дакріоцистити виявилися стафілококи, що зустрічаються у звичайній флорі. При цьому вони показали зниження чутливості до деяких антибіотиків широкого спектру дії, що найчастіше застосовуються у офтальмологічній практиці, та проявили чутливість до таких старих представників антибіотикотерапії як тетрациклін, гентаміцин та групи пеніцилінів.

ВИКОРИСТАННЯ БАРВНИКІВ В ХІРУРГІЇ ГЛАУКОМИ

Косуба С. І. , Петренко О. В., Новак Л. П., Туманова О. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Механізм гіпотензивного ефекту НГСЕ полягає у збільшенні відтоку рідини після видалення зовнішньої стінки трабекули. Якщо пігментація Шлемового каналу слабка, або відсутня, то видалення юстаканалікулярної тканини ускладнено. Використання біологічних барвників за для контрастування тканин, в значному ступеню, полегшує виконання хірургічних маніпуляцій. На сьогодні у якості вітального барвника застосовується трипановий синій. Він поширений як засіб для поліпшення візуалізації передньої капсули під час факоемульсифікації катаракти, а також у вітреоретінальній хірургії.

Мета. Дослідити можливість контрастування юстаканалікулярної тканини 0,6% водним розчином трипанового синього при виконанні непроникаючій глибокій склеректомії у пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 112 пацієнтів з діагнозом первинної відкритокутової глаукоми , з них 50 (54,65%) чоловіків та 62 (55,35%) жінки, віком від 43 до 89 років. Хворі були розподілені на дві групи, порівняні за віком та статтю. До першої групи увійшло 62 пацієнта, яким було проведено непроникаючу глибоку склеректомію з контрастуванням юстаканалікулярної тканини розчином 0,6% водним розчином трипанового синього. У другій групі (50 пацієнтів) непроникаючу глибоку склеректомію виконували за класичною методикою.

Результати. Для досягнення максимального ефекту при проведенні НГСЕ необхідно ретельне виділення та видалення юстаканалікулярної тканини, що вкрай важко вдається при відсутності та слабкій пігментації Шлемового каналу. Під час проведення оперативного втручання у пацієнтів першої групи

виявлено значне зафарбовування юкстаканалікулярної тканини, що підсилило її візуалізацію, та в свою чергу, полегшило її видалення.

В хірургії рогівки 0,06% водний розчин трипанового синього може бути використаний для фарбування задніх стромальних волокон під час глибокої ендотеліальної кератопластики та для фарбування ендотелію під час ендотеліальної кератопластики. Барвник також використовується для полегшення ідентифікації, розмежування та видалення епіретинальних мембран, внутрішньої мембрани та заднього гіалоїду під час вітректомії.

Висновки. Контрастування юкстаканалікулярної тканини 0,06% водний розчином трипанового синього значно покращує її візуалізацію та полегшує її видалення під час проведення непроникаючої глибокої склеректомії при слабкій пігментації Шлемового каналу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСИМЕР-ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ ВИСОКОГО СТУПЕНЮ МЕТОДОМ LASIK

Литвинчук Н. М., Романюк А. В., Манойло Т. В., Пархоменко Г. Я.

ОК «Новий Зір»

Київ, Україна

Актуальність. Згідно статистичних досліджень - міопія є поширеним видом аномалії рефракції.

За даними ДЗ "Центр медичної статистики МОЗ України" щодо кількості зареєстрованих випадків міопії серед всього населення у 2014 році поширеність міопії склала 1341,9 на 100 тис. населення, захворюваність - 253,6 на 100 тис. населення.

Лазерний *in situ* кератомієльоз (LASIK) є безпечним та ефективним втручання при міопії слабкого та середнього ступеню. Статистичні дані свідчать, що 90.8% пацієнтів після проведення LASIK досягають гостроти зору 1.0 та більше, та 99.5% - 0.5 та більше. З негативним результатом (втрата 2 чи більше рядків) 0.6% - це приблизно 6 випадків на 1000 процедур.

Щодо міопії високого ступеню контроверсійним залишається питання щодо стабільності рефракційного результату.

Мета: Метою даного дослідження є аналіз результатів досліджень рефракції у пацієнтів з міопією високого ступеню до та після LASIK, порівняти ефективність, безпечність процедури, а також стабільність рефракції за 12 місяців при виконанні LASIK механічним кератомом та фемтолазером.

Матеріали і методи: В дослідження були включені 72 ока 43 пацієнтів з міопією високого ступеня, яким було проведено лазерну корекцію зору. Серед пацієнтів було 32 жінки (74,42%) та 11 чоловіків (25,58%). Середній вік

пацієнтів склав 26 років (± 5 років), діапазон - від 19 до 37 років. Сферичний еквівалент склав від -6 до -11,5 Дптр.

Відповідно до методу лазерної корекції пацієнтів було розподілено на 2 групи: в першій групі рогівковий клапоть був створений механічним мікрокератомом Cariazzo-Pendular, Schwind, у другій - з використанням фемтосекундного лазеру FS200, WaveLight. В обидві групи були включені пацієнти без інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

В обох групах була проведена оцінка показників маніфестної рефракції, в тому числі сферичний еквівалент (СЕ), некорегованої гостроти зору (НКГЗ), найкраще відкорегованої гостроти зору (НВГЗ) до втручання і через 1, 6, 12 місяців. Виходячи з цих показників був розрахований індекс ефективності як співвідношення середньої некорегованої гостроти зору до середньої найкраще корегованої гостроти зору, та індекс безпеки, який був визначений за формулою (1 - частка пацієнтів, які втратили 2 та більше рядків від передопераційної НВГЗ).

Стабільність рефракції була оцінена в обох групах як частка пацієнтів з міопічним шифтом більше ніж -0.5 Дптр СЕ через 6 та 12 місяців після втручання.

Результати: Середня найкраще відкорегована гострота зору до втручання у першої групи становила 0,98 ($\pm 0,08$), через місяць – 0,98 ($\pm 0,07$), через 6 місяців – 0,98 ($\pm 0,06$), через 12 місяців – 0,98 ($\pm 0,06$).

Середня найкраще відкорегована гострота зору до втручання у другої групи становила 1,0 ($\pm 0,00$), через місяць – 1,0 ($\pm 0,02$), через 6 місяців – 0,99 ($\pm 0,04$), через 12 місяців – 1,0 ($\pm 0,00$).

Середній передопераційний сферичний еквівалент для першої групи становив -6,96 Дптр ($\pm 0,79$ Дптр). Через місяць після лазерної корекції цей показник становив -0,10 Дптр ($\pm 0,56$ Дптр), через 6 місяців - -0,22 Дптр ($\pm 0,70$ Дптр), а через 12 місяців - -0,31 Дптр ($\pm 0,68$ Дптр) ($p < 0.05$).

Середній передопераційний сферичний еквівалент для другої групи становив -7,16 Дптр ($\pm 1,08$ Дптр). Через місяць після лазерної корекції цей показник становив -0,07 Дптр ($\pm 0,43$ Дптр), через 6 місяців - -0,23 Дптр ($\pm 0,61$ Дптр), а через 12 місяців - -0,22 Дптр ($\pm 0,59$ Дптр) ($p < 0.05$).

Середня некорегована гострота зору через місяць після втручання у першої групи була 0,94 ($\pm 0,14$), через 6 місяців – 0,96 ($\pm 0,10$), та 0,97 ($\pm 0,08$) через 12 місяців.

Середня некорегована гострота зору через місяць після втручання у другої групи була 0,96 ($\pm 0,08$), через 6 місяців – 0,97 ($\pm 0,08$), та 0,96 ($\pm 0,11$) через 12 місяців.

Для першої групи індекс ефективності склав 0,96, індекс безпеки –1.0 , для другої групи – 0,96 та 1.0 відповідно.

Відсоток пацієнтів з міопічним шифтом більше ніж -0,5Д для першої групи через 6 місяців склав 20%, за 12 місяців - 26,7%. Для другої групи відповідно - 16,7% та 23,8% ($p < 0.05$).

Висновки: Результати нашого дослідження показують, що LASIK з використанням механічного мікрокератому та фемтосекундного лазера є однаково безпечними та ефективними методами корекції міопії високого ступеню з СЕ від -6,0Дптр до -11,5Дптр.

Більша частота міопічного шифту > -0.5 Дптр після лазерної корекції зору методом LASIK з використанням механічного мікрокератому у пацієнтів з високим ступенем міопії свідчить про більшу ймовірність регресу рефракції.

Даний факт свідчить про вищу стабільність рефракції через 12 місяців після LASIK з використанням фемтосекундного лазера при міопії високого ступеню.

СИНДРОМ СУХОГО ОКА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У РАННІ ТА ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Могілевський С. Ю., Жовтоштан М. Ю.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Одне з найпоширеніших захворювань очей у світі - міопія. Поширеність міопії до 2050 року зросте до 5 млрд, що становитиме більше половини прогнозованого населення планети (Burton, Matthew J et al. 2020). У світі об'єм ексимерлазерної корекції (ЕЛК) складає приблизно 3,6 мільйонів операцій на рік (Jones C. 2019).

Одне із ускладнень ЕЛК міопії – це синдром сухого ока (ССО) (Eydelman M, et al.2017; Gong Q, et al. 2022; Linke S.J. 2016). Частота розвитку ССО після ЕЛК міопії досягає 60% протягом першого місяцю після втручання і 20% - через півроку (Eydelman M, et al.2017; Gong Q, et al. 2022).

Мета: дослідити синдром сухого ока як ускладнення ексимерлазерної корекції міопії у ранні та віддалені терміни післяопераційного спостереження.

Матеріали і методи. Вели спостереження за 62 чоловіками і жінками (124 ока), віком від 19 до 45 років з діагнозом міопія, які були поділені на 2 групи залежно від обраного методу ЕЛК. У 1-й групі, до складу якої ввійшли 32 пацієнти (64 ока), ЕЛК виконували методом LASIK. До 2-ї групи - 30 пацієнтів (60 очей) відповідно та ЕЛК виконували методом FemtoLASIK.

Перед операцією пацієнтам виконували візіометрію, кератометрію, тонометрію, рефрактометрію, рефрактометрію в умовах циклоплегії, оптичну біометрію, кератотопографію, пупілометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію. Контроль ССО здійснювали за станом поверхні ока відповідно Оксфордській шкалі профарбовування, сльозопродукцією - тестом Ширмера і Джонса та стабільністю слізної плівки - пробєю Норна.

ЕЛК виконувалась приладом WaveLight EX500 (Alcon). Формування рогівкового клаптю здійснювали мікрокератомом Carriazo-Pendular та фемтолазером FS200 (Alcon) з товщиною 110 мкм.

Протягом 1 місяця після операції призначались інстиляції антибіотика фторхінолонового ряду і дексаметазону.

На термінах 1 місяць, 6 місяців, 1 рік після операції пацієнтам обох груп спостереження виконували візіометрію, рефрактометрію, кератометрію, тонометрію, біомікроскопію та оцінювали ССО за попередньо визначеними показниками.

Статистичний аналіз результатів клінічних досліджень проводили за допомогою пакета програм SPSS 61 11.0, MedStat і MedCalc v.15.1 (MedCalc Software bvba).

Рівень значущості відмінностей показників у порівнянні з результатами до операції був розрахований за допомогою t-критерію Стьюдента. У всіх випадках відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Термін спостереження складав 1 рік.

Результати. До операції було виявлено 12,5% пацієнтів з ССО легкого ступеню у 1-й групі та 10% у 2-й групі спостереження. Через 1 місяць після ЕЛК частота ССО підвищилась на 66,6% у 1-й групі і на 75% у 2-й групі. У порівнянні з післяопераційними даними через 1 місяць, на 6-му місяці спостереження частота ССО скоротилась на 41,9% у 1-й групі і на 50% у 2-й групі спостереження. Статистично значимої різниці частоти ССО на різних термінах спостереження між двома групами виявлено не було.

Через 1 рік частота ССО не мала статистично значимої різниці від результатів, отриманих у термін 6 місяців після операції в обох групах. Виявлено 9,7% пацієнтів зі стійким ССО після ЕЛК міопії, у яких не було ознак ССО до операції.

Висновки. 1. Виявлено зростання частоти ССО після ЕЛК в обох групах спостереження через 1 місяць на 66,6% і на 75% відповідно. 2. У термін 6 місяців післяопераційного спостереження частота ССО у пацієнтів 1-ї групи

знизилась на 41.9% , а 2-ї - на 50% порівняно з результатами спостереження через 1 місяць після ЕЛК міопії. 3. Встановлено стійкий ССО у 9.7% пацієнтів, які не мали ознак ССО до втручання. 4. Статистично значимої різниці частоти ССО на різних термінах спостереження між двома групами виявлено не було, що виключає залежність методу ЕЛК - LASIK та Femto LASIK, і частоти ССО.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ РЕАКТИВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ МАКУЛОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Могілевський С.Ю., Панченко Ю.О.

Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика,

Київ, Україна

Медичний центр «ЛАЗЕР Плюс»,

Львів, Україна

Актуальність. Діабетична ретинопатія (ДР) є найбільш поширеним ускладненням цукрового діабету 2 типу (ЦД2), а її ознаки з'являються через 10-15 років від його початку. Серед основних причин сліпоти у світі у людей старше 50 років ДР становить 13% [Варивончик Д.В., 2016, Гудзь А.С. зі спів., 2019, Вітовська О.П., 2020, Abdhish R Bhavsar, MD, 2020, Bianco L, Arrigo A, 2022].

Однією з основних причин зниження центрального зору в пацієнтів із ДР і ЦД2 є діабетична макулопатія (ДМП). ДМП, як одна з форм ДР може проявлятися на будь-якій стадії ДР [Пасечнікова Н.В. зі співавт, 2010, Walker J., Рыков С.А., Сук С.А., Саксонов С.Г., 2013]. Відомо, що виконання сучасних вітреоретинальних втручань у лікуванні ДМП призводить до виникнення інтраопераційних та післяопераційних ускладнень [Путиенко О.О., 2019, Уманец Н.Н, Розанова З.А, Асланова В.С, Бражникова Е.Г., 2011].

Мета. Дослідити ефективність нових сучасних методів профілактики реактивних ускладнень після хірургічного лікування діабетичної макулопатії у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи. Дослідження було когортним, проспективним, інтервенційним, обсерваційним, клінічним, за типом «випадок-контроль». Під спостереженням було 85 пацієнтів (85 очей) із ДР, ДМП та ЦД2, що склали 2 групи. З них з початковою ДР було 20, з помірною або тяжкою НПДР – 40 та

з ПДР – 40. Обидві групи спостереження були статистично порівняні за статтю, віком та стадією ДР.

Пацієнтам обох груп спостереження проведено однакове хірургічне лікування та різні види передопераційної підготовки та післяопераційного лікування, яке поділило їх на 2 групи: 1 група 41 пацієнт (41 око), яким виконали закриту субтотальну віректомію (ЗСВ), пілінг внутрішньої пограничної мембрани (ВПМ) та етап панретинальної лазеркоагуляції (ПРЛК) та у якості передопераційної підготовки та післяопераційного лікування використовували 0,1 % дексаметазон та 0,3% тоброміцин; 2 група 44 пацієнтів (44 очей), яким у якості передопераційної підготовки та післяопераційного лікування використовували комбінацію лотепреднола етабоната з 0,3% тоброміцина.

Досліджували характер, частоту та тривалість післяопераційних запальних ускладнень. Термін спостереження 1 місяць.

Результати. Проведені дослідження встановили, що у пацієнтів 1 групи спостереження, частота післяопераційних ускладнень запального характеру через 1 добу була $21,95 \pm 6,5\%$, через 7 діб – $17,7 \pm 5,9\%$, через 14 діб – $14,63 \pm 5,5\%$, через 1 місяць $7,32 \pm 4,1\%$. У пацієнтів 2 групи частота запальних ускладнень була через 1 добу $11,36 \pm 4,8\%$, через 7 діб – $6,82 \pm 3,8\%$, через 14 діб – $4,55 \pm 3,1\%$, через 1 місяць – $2,27 \pm 3,1\%$. Також в 2 групі статистично значуще була менше тривалість запальних ускладнень ($p < 0,05$). Центральна товщина сітківки (ЦТС) у пацієнтів 1 групи до втручання була $471,0 \pm 13,0$ мкм, макулярний об'єм (МО) – $13,1 \pm 1,3$ мм³, через 1 місяць $318,0 \pm 28,0$, МО – $11,0 \pm 1,2$ мм³, а у пацієнтів 2 групи – $468 \pm 14,0$ мкм, та $13,9 \pm 1,06$ мм³ і $275,0 \pm 27,0$ мкм та $9,4 \pm 1,0$ мм³ відповідно.

Висновки. 1. Виконання сучасних вітреоретинальних втручань є ефективним методом лікування ДМП при ДР та ЦД2. 2. Застосування лотепреднола етабонату дозволило знизити частоту та тривалість ранніх післяопераційних запальних ускладнень у 2 рази. 3. Застосування лотепреднолу етабонату, у якості передопераційної підготовки та післяопераційного лікування у пацієнтів з ДМП, ДР та ЦД2 дозволило більше та швидше зменшити ЦТС та МО у

порівнянні з групою, де препарат не застосовувався. 4. Лотепреднол етабонат у комбінації з тоброміцином 0,3% є препаратом вибору для передопераційної підготовки та післяопераційного лікування у пацієнтів з ДМП, ДР та ЦД2.

ВПЛИВ РІЗНИХ ВИДІВ АНТИГЛАУКОМАТОЗНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПРОГРЕСУВАННЯ ГЛАУКОМНОЇ ОПТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

Могілевський С. Ю.¹, Сердюк А. В.², Усенко К. О.¹

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,

Київ, Україна

²Дніпровський державний медичний університет,

Дніпро, Україна

Актуальність. Первинна відкритокутова глаукома (ПВКГ) – одна з головних причин слабкості і сліпоти серед дорослого населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), глаукома стоїть на другому місці серед захворювань, що призводять до сліпоти, і становить від 0,6% до 33,0%. В Україні поширеність глаукоми у дорослих віком 18 років і старше склала у 2016 році – 452,7, в 2017 році – 458,0 на 100 000 населення відповідно (Моїсеєнко Р. О. зі співавт., 2019;). Лікування ПВКГ спрямоване на зниження рівня внутрішньоочного тиску, зупинку прогресування глаукоматозного процесу та збереження зору (Garcia-Feijoo J. et al., 2015; Eye disease statistics, 2016). Хірургічні методи лікування спрямовані, в першу чергу, на зниження внутрішньоочного тиску за рахунок поліпшення відтоку рідини. Вони можуть бути проникаючі та непроникаючі. До сьогодні не вирішене питання як впливають антиглаукоматозні операції на прогресування глаукомної оптичної нейропатії (ГОН) та чи залежить цей вплив від методу.

Мета. Дослідити вплив різних видів антиглаукоматозних операцій на прогресування глаукомної оптичної нейропатії.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 150 пацієнтів (150 очей) з ПВКГ I-III стадій, які склали 2 групи спостережень. Давність захворювання склала 3-10 років. Чоловіків було 72, жінок – 78. Вік пацієнтів склав 39-69 років. Рівень ВОТ коливався від 15,0 до 34,0 мм рт. ст. і в середньому склав $28,5 \pm 3,0$ мм рт. ст. Всі пацієнти отримували місцево

гіпотензивні препарати у вигляді інстиляцій до 4 разів на день. Всім пацієнтам до оперативного втручання та в динаміці виконували загальноприйняті офтальмологічні обстеження.

Першу групу спостереження склали 69 пацієнтів (69 очей), яким була виконана трабекулектомія (ТЕТ) з імплантацією шунта Ex-Press. Другу групу спостереження склали 81 хворий (81 око), яким було виконано двоетапне лікування: 1 етап – непроникаюча глибока склеректомія (НГСЕ); 2 етап – лазерна десцеметогоніопунктура через 2 тижні після 1 етапу.

Досліджували вплив різних методів оперативних втручань на прогресування ГОН. Термін спостереження – 2 роки.

Результати. Було встановлено, що частота прогресування глаукомної оптичної нейропатії у хворих на первинну відкритокутову глаукому через 3 і 6 місяців та 1, 1,5 та 2 роки після виконання ТЕТ з імплантацією шунта Ex-Press склала 4,35 %, 8,69 %, 12 %, 14,75 % і 15,25 % відповідно; після НГСЕ з подальшою лазерною десцеметогоніопунктурою – 1,25 %, 9,88 %, 13,6 %, 13,23 %, 14,06 % відповідно і статистично не відрізнялась.

Проведений аналіз післяопераційних ускладнень у групах, де виконувались ТЕТ з імплантацією шунта Ex-Press та НГСЕ з подальшим виконанням лазерної десцеметогоніопунктури показав, що вони були типовими для цих видів хірургічного лікування первинної відкритокутової глаукоми. Їх характер і частота як в найближчі (10 діб – 1 місяць, 3 та 6 місяців), так і у віддалені (1, 1,5 та 2 роки) не впливали на прогресування ГОН після різних видів хірургічного лікування ПВКГ.

Висновки. Виконання різних видів сучасних оперативних втручань, як фістулізуючого типу (ТЕТ з імплантацією шунта Ex-Press), так і непроникаючого типу (НГСЕ з подальшим виконанням лазерної десцеметогоніопунктури через 2 тижні після 1 етапу) не давало істотних переваг в плані профілактики прогресування глаукомної оптичної нейропатії у хворих первинну відкритокутову глаукому у віддалені строки спостереження.

СПОСІБ НАВІГАЦІЙНОЇ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦІЇ ТОЧОК ПРОСОЧУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ЦЕНТРАЛЬНІЙ СЕРОЗНІЙ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ, ЩО ВИЗНАЧЕНІ ЗА ДОПОМОГОЮ SWEPT SOURCE OCT

Могілевський С. Ю., Пархоменко О. Г.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

медичний центр «Новий зір»

Київ, Україна

Актуальність Хронічна центральна серозна хоріоретинопатія (ЦСХ) характеризується накопиченням рідини в центральній ділянці сітківки, що триває понад 4 місяці та являється четвертою по частоті причиною необоротної втрати зору (S. Mrejen, 2019). В діагностиці ЦСХ флуоресцентна ангіографія (ФАГ) вважається золотим стандартом (G. J. Manayath, 2018). Останнім часом з'явилася велика кількість нових неінвазивних високоточних методів візуалізації структур очного дна, які мають потенціал замінити ФАГ з метою постановки діагноза та планування лазерного лікування при ЦСХ (П. Л. Володин, 2018). Нами описана методика визначення точок протікання при ЦСХ за допомогою неінвазивних методів діагностики - SWEPT SOURCE OCT в режимі ангіо (С.Ю. Могілевський та ін. 2021, 2022). Розробка способу лазеркоагуляції точок просочування без застосування інвазивних методів діагностики являється актуальною задачею.

Мета. Розробити спосіб навігаційної лазеркоагуляції точок просочування при хронічній центральній серозній хоріоретинопатії, що визначені за допомогою SWEPT source OCT.

Матеріали і методи. В дослідження включено 25 пацієнтів (25 очей) з хронічною ЦСХ, що переходили в хронічну форму під час спостереження з тривалістю захворювання більше 4 місяців. Точки просочування були визначені нами за запропонованими нами ознаками Торнадо 1 та Торнадо 2, та додатковими характеристиками точок протікання, що були описані раніше.

Знімки ОКТ виконували в режимі 3*3 та 6*6 мм на приладі SWEPT source OCT (EDI OCT Triton, Topcon, Японія) в режимі ангіо. В дослідження були включені пацієнти з точками протікання, що локалізувалися екстрафовеально та на віддаленні 400 мкм та більше від центру судинної аваскулярної зони. Знімки з мітками в зоні точок просочування імпортували в програмне забезпечення навігаційної лазерної системи Navilas (OD/OS, Німечина). Підбор та титрування енергетичних параметрів при лазеркоагуляції проводили за стандартною методикою. Контроль наявності лазеркоагулята проводили за допомогою аутофлюоресценції очного дна. Проводили контроль OCT резорбції субретинальної рідини в строки 1, 2, 3, 6 та 12 місяців.

Результати. У всіх 25 пацієнтів спостерігалася повна або часткова резорбція субретинальної рідини. Повна резорбція субретинальної рідини в строки спостереження 1 місяць спостерігалася у 15 (60%) пацієнтів, в 2 місяці у 19 (76%) пацієнтів, 3 місяці у 22 (88%) пацієнтів, 6 місяців у 23 (92%) пацієнтів, 12 місяців у 23 (92%) пацієнтів. У 2 (8%) пацієнтів спостерігалася зменшення субретинальної рідини але повної резорбції не було зафіксовано в строки спостереження 12 місяців.

Висновки. 1. В роботі описаний спосіб навігаційної лазеркоагуляції точок просочування при хронічній центральній серозній хоріоретинопатії, що визначені за допомогою неінвазивного методу діагностики. 2. По строках резорбції субретинальної рідини запропонований нами спосіб лікування не поступається конвенційному способу лікування, що проводиться за даними ФАГ

ФІКСАЦІЯ ІОЛ ПРИ ЇЇ ДИСЛОКАЦІЇ РАЗОМ КАПСУЛЬНИМ МІШКОМ

Новак Л. П., Петренко О. В., Туманова О. В., Косуба С. І., Новак Н. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Одним з післяопераційних ускладнень хірургії катаракти, що зустрічається в практиці офтальмологів, є підвивих(дислокація) ІОЛ разом з капсульним мішком. Така ситуація може виникати в будь-якому віддаленому періоді після операції по видаленню катаракти і пов'язана зі слабкістю цинових зв'язок внаслідок вікових змін та травм очного яблука. У випадку дислокації ІОЛ потрібна її заміна або повернення в правильне положення та надійна фіксація.

Видалення ІОЛ з капсульним мішком, в якому часто імплантоване інтракапсульне кільце, є досить травматичним втручанням.

Мета я. Вивчення ефективності та безпеки методу фіксації до райдужки дислокованої ІОЛ разом з капсульним мішком.

Матеріали і методи. Хірургічне лікування за даною методикою проведено у 28 пацієнтів з дислокацією ІОЛ разом з капсульним мішком.

У 19 пацієнтів в капсульний мішок було імплантоване інтракапсулярне кільце. Дана методика включає репозицію ІОЛ через парацентез рогівки та фіксацію ІОЛ за гаптичний елемент разом з капсульним мішком до райдужки при допомозі поліпропіленової нитки 10-08''(закрита іридопластика) .

Результати. Під час проведення оперативного втручання за даною методикою та в післяопераційному періоді ускладнень геморагічного характеру не було відмічено. Лише у 4 пацієнтів(14%) протягом 2 тижнів після операції зафіксовано незначне підвищення ВОТ, який був нормалізований призначенням

гіпотензивних препаратів. У всіх пацієнтів післяопераційний період мав адекватний перебіг. Віддалені результати оперативного втручання простежені до 12 місяців з дня операції.

Висновки. Методика фіксації ІОЛ у випадку дислокації разом з капсульним мішком до райдужки має переваги перед іншими існуючими методиками своєю атравматичністю та можливістю проведення операції на закритому оці. Зафіксована таким чином ІОЛ разом з капсульним мішком утримується в правильному положенні та забезпечує хороший оптичний результат.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗУ ЩОДО РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОКЛЮЗІЙ АРТЕРІЙ СІТКІВКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КЛАПАННИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ, ЯКИМ ПРОВЕДЕНО ХІРУРГІЧНЕ ВИРУЧАННЯ НА КЛАПАНАХ СЕРЦЯ

Панченко Ю. О., Ковальчук Н. Я.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ДУ «Інститут серця МОЗ України»

Київ, Україна

Актуальність. Оклюзія центральної артерії сітківки та її гілок викликає гостру втрату зору, що пов'язано із порушенням прохідності ретинальних артерій та розвитком гіпоперфузії сітківки. Тромбоемболія вважається одним із патогенетичних факторів розвитку оклюзій артерій сітківки. Тромбоцитарно-фібринові емболи є причиною гострого порушення артеріального кровообігу сітківки у 15,5%(Aruga RS,1982, Mitchell P,1987). За останніми повідомленнями Cho KN, 2016 частота тромбоцитарно-фібринових емболів сягає до 60%. Рання реперфузія ретинальних артеріол є найбільш частою у випадку оклюзії саме тромбоцитарно-фібриновими емболами, за рахунок їх здатності до периферичної міграції та чутливості до ранньої терапії фібринолітиками (Cho KN,2016)

Мета. Дослідити діагностичне значення показників гемостазу щодо ризику розвитку оклюзій артерій сітківки у пацієнтів із клапанними вадами серця, яким проведено хірургічне втручання на клапанах серця.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне обсерваційне дослідження показників гемостазу крові(D-фібриноген, Д-димер, міжнародне нормалізаційне відношення (МНВ) та протромбіновий індекс (ПТІ)) у 54 пацієнтів. Вік пацієнтів був 36-85 років, серед них чоловіків 64%, жінок 36%. Пацієнти розділені на дві групи. Перша група включала 12 осіб (12 очей) із

ретиальними оклюзіями після хірургічного лікування на клапанах серця в ранньому післяопераційному періоді. Друга група включала 42 особи(84 ока) без ретиальних оклюзій після хірургічного лікування на клапанах серця в ранньому післяопераційному періоді. Усім пацієнтам із клапанними вадами серця проведено забір венозної крові до кардіохірургічного втручання з метою визначення показників коагулограми та Д-димеру в доопераційному періоді.

Результати. В результаті проведених нами досліджень було встановлено, що у пацієнтів із клапанними вадами серця після кардіохірургічних втручань достовірно підвищені такі показники гемостазу, як Д-димер та D-фібриноген. У пацієнтів першої групи показник Д-димеру склав 1.56 мкгФЕО/мл(з максимальним значенням 4.02, мінімальним 0.61) та D-фібриногену 4.75 г/л(з максимальним значенням 8.02, мінімальним 3.03). В другій групі середній рівень Д-димеру був 0.65 мкгФЕО/мл(з максимальним значенням 2.02, мінімальним 0.03), середній рівень D-фібриногену склав 3.58 г/л (з максимальним значенням 6.28, мінімальним 2.03) Середні показники МНВ 1.21(максимальне значення 1.97, мінімальне 0.93) та ПТІ 88.8%(максимальне значення 117.9%, мінімальне 33.8%) в першій групі та середні показники МНВ 1.24(максимальне значення 2,74, мінімальне 0,83) та ПТІ 88.4%(максимальне значення 141.6%, мінімальне 23.5%) в другій групі.

Висновки. 1. Встановлено, що такі показники гемостазу як Д-димер та D-фібриноген вищі у групі пацієнтів із ретиальними оклюзіями.

2. Значення МНВ та ПТІ не відрізнялись в обох досліджуваних групах.

3. Зміни коагулограми та Д-димеру можуть використовуватись як діагностичні предиктори ретиальних мікроемболій у пацієнтів із клапанними вадами серця, яким проведено хірургічне втручання на клапанах серця.

СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, ХАРАКТЕРУ І СТРУКТУРИ ТРАВМ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ ОКА В УКРАЇНІ

Петренко О. В., Дранко М. М.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Травматичні пошкодження органу зору з їх наслідками залишаються головними причинами сліпоти і інвалідності. На сьогоднішній день існує не так багато робіт по епідеміології щодо офтальмологічного травматизму, що дозволило би достовірно оцінити сучасний стан травми ока та його допоміжного апарату. Проаналізувавши архіви статистичних даних за останні 10 років, ми з'ясували, що відсоток офтальмологічної травми сягає 30,1% серед працездатного населення України, а безпосередньо травма допоміжного апарату ока (ДАО) займає 22,43% серед загального пошкодження органу зору. Пошкодження ДАО та орбіти являється соціально значимою проблемою, оскільки в подальшому пацієнти страждають від функціональних і естетичних дефектів обличчя.

Мета. Дослідити епідеміологію, структуру і характер сучасних травм допоміжного апарату ока.

Матеріали і методи. Аналіз проведено ретроспективно на основі архівної облікової документації 5271 хворого (5271 око) з травматичними пошкодженнями ДАО Сумського обласного очного травматологічного центру за період 2017 –2021 років у віці від 18 до 89 років.

Математичну обробку отриманих результатів здійснювали за загальноприйнятими статистичними методами Стюдента та Фішера.

Результати. За останні 10 років відсоток офтальмологічної травми сягає 30,1%, а безпосередньо травма ДАО займає 22,43% серед загального пошкодження органу зору. Серед травм ДАО за 5 років найчастіше зустрічалися пошкодження повік (97%), пошкодження сльозних органів зустрічалися у 2% випадків, травми орбіти у 1% та травми поверхневих м'язів у

0,4% випадків. Найчастіше до формування дефекту повік призводять: ДТП (27,3%), травма деталями будівних інструментів (18,4%), травма піротехнічними засобами (15,7%), вогнепальні поранення (9,7%), укуси тварин (8,1%), а також нещасні випадки та травми, пов'язані із насильством. Частота травм ДАО у чоловіків за п'ять років складала 80%, у жінок – 20%. В залежності від віку, сама висока частота травм ДАО спостерігалася в віці 18-30 років і складала 36,0%, а найменша частота була в віці 71 рік і старше, що склало 1,13%. Не виявлено статистично значущої залежності частоти травм ДАО від соціального статусу пацієнтів. Встановлено, що частота ізольованих травматичних пошкоджень ДАО складала 51,32%, комбінованих – 10,06% та поєднаних – 38,63%. Частота ізольованих травм була статистично значуще вища в 5 та 1,3 рази ($\chi^2 = 2109.736$, $p < 0.01$; $\chi^2 = 171.555$, $p < 0.01$) у порівнянні з комбінованими і поєднаними травмами відповідно. За результатами хірургічного лікування травматичних пошкоджень було статистично значуще встановлено, що частота отримання добрих результатів складала 45,91%, задовільних – 39,63% та незадовільних – 14,46%. Добрі результати були статистично значуще вищі в 1,2 та 3 рази ($\chi^2 = 42.459$, $p < 0.01$; $\chi^2 = 1237.411$, $p < 0.01$) у порівнянні із задовільними і незадовільними відповідно.

Висновки. Серед анатомічних структур ДАО травма повік трапляється частіше (97%). Травмування ДАО чоловіків статистично значуще вище у порівнянні з особами жіночої статі. Частота ДАО у віці 18-30 років була статистично значуще вищою у порівнянні з іншими віковими групами.

Частота ізольованих травматичних пошкоджень ДАО складала 51,32%, комбінованих – 10,06% та поєднаних – 38,63%. Відсоток пацієнтів з добрими результатами після оперативного лікування травм склав 45,91%, задовільних – 39,63% та незадовільних – 14,46%.

Отримані дані вказують на важливість проблеми, необхідність більш детального її вивчення для подальшого вирішення організаційно-практичних питань при наданні допомоги даній категорії хворих і оптимізації ведення післяопераційного періоду.

ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ 3D ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ЕНДОКРИННОЇ ОРБИТОПАТІЇ

Петренко О. В.¹, Копчак А. В.², Чепурний Ю. В.², Прусак О. І.¹,

Слободянюк А. С.², Водяник К. В.³

¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

*² Інститут післядипломної освіти лікарів Національного медичного
університету імені О. О. Богомольця*

³ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність. Ендокринна орбітопатія (ЕО) зустрічається в молодих осіб працездатного віку і може призвести до зниження якості життя, до того ж зміни зовнішнього вигляду, обумовлені екзофтальмом та набряком оточуючих перiorбітальних тканин стають причиною соціальної дезадаптації. За рекомендаціями EUGOGO-2021 (The 2021 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy guidelines for the management of Graves' orbitopathy), при тяжкому й середньому ступені тяжкості ЕО застосовують хірургічну декомпресію, частота ускладнень якої становить від 9,3 до 35 % [Leong,2009, Sellari-Franceschini,2016]. Тому пошук нових можливостей для профілактики післяопераційних ускладнень є актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії та офтальмології.

Мета: проаналізувати можливості використання хірургічних навігаційних шаблонів при проведенні декомпресії орбіти в пацієнтів з ендокринною орбітопатією.

Матеріали і методи: науково-дослідний аналіз сучасних наукових публікацій, програмне забезпечення D2P (1.0.2.53, Symbionix Ltd/3D Systems Inc., «Beit Golan», Ізраїль), Geomagic Freeform Plus (3d systems, "Rock Hill", Південна Кароліна, США).

Результати. Серед сучасних трендів розвитку медицини в аспекті планування хірургічних втручань та точної їх реалізації можна відзначити використання Computer-Aided Design (CAD) / Computer-Aided Manufacturing (CAM) технології, яка допомагає розв'язувати найскладніші клінічні задачі в різних галузях медицини, зокрема в щелепно-лицевій та офтальмопластичній хірургії. Одним з варіантів втілення даного підходу є використання різноманітних варіантів цифрової інтраопераційної навігації.

Один з них передбачає використання навігаційних хірургічних шаблонів (НХШ), що становлять собою вироби медичного призначення, дизайн та виготовлення, яких проводиться на основі комп'ютерної томографії за допомогою CAD/CAM технологій, а основною задачею стає позиціонування трансплантатів або імплантатів, меж проведення резекції чи остеотомії.

Таким чином, завдяки передопераційній віртуальній симуляції можливо прецизійно визначити параметри остеотомії, межі «безпечних зон» при проведенні оперативного втручання у відповідності до індивідуальних особливостей анатомії лицевого скелету на основі аналізу томограм, що, як наслідок, забезпечує точність, зменшує час та покращує ефективність майбутнього оперативного втручання і попереджує виникнення інтра- та постопераційних ускладнень. Виявлені переваги даного підходу засвідчують його перспективність у відношенні подальшого наукового пошуку й вдосконалення.

Висновки. Використання комп'ютерних 3D технологій при лікуванні пацієнтів з ЕО дозволяє вдосконалити етап планування оперативного втручання за рахунок можливості віртуальної симуляції кісткової декомпресії орбіти на передопераційному етапі. Використання хірургічних навігаційних шаблонів при лікуванні пацієнтів з ЕО дозволяє досягти зменшення екзофтальму на фоні зменшення площі кісткової резекції з урахуванням меж «безпечних зон», що зменшує ризик післяопераційних ускладнень.

ВИСОКОЕФЕКТИВНІ ОКУЛЯРИ З МІКРОПРИЗМАМИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ НАВАНТАЖЕНЬ М'ЯЗИВ ОЧЕЙ

Петров В. В., Антонов Є. Є., Шанойло С. М.

Інститут проблем реєстрації інформації НАН України

Київ, Україна

Актуальність. В офтальмології відомий синдром комп'ютерного зору, що виникає при тривалій роботі з монітором комп'ютера або при читанні. Однак існуючі так звані "комп'ютерні окуляри" фактично є оптичними фільтрами для синього діапазону спектру, які корисні лише при використанні моніторів з електронно-променевими трубками. Окуляри, які дійсно усувають зазначений синдром та зменшують навантаження на м'язи очей при тривалому спостереженні людиною дрібномасштабних об'єктів, сьогодні практично відсутні.

Мета. Метою роботи є створення високоякісних окулярів з мікропризмами Френеля для тривалої роботи з моніторами комп'ютерів та дисплеями електронних приладів, а також для читання та спостереження дрібних об'єктів, які оптимізують хід заломлених променів і таким чином зменшують навантаження на м'язи очей людини.

Матеріали і методи. Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України за медико-технічними вимогами провідних офтальмологів України створена унікальна технологія виготовлення методом алмазного мікроточіння високоточних оптичних мікрорельєфних структур. За цією технологією виготовлено високоякісні діагностичні набори мікропризмових компенсаторів косоокості КК-42, набори діагностичних лінійок ДНСК-1 з симетричними мікропризмами, діагностичні набори штрихових мікропризм "Стекла Баголіні". Для безопераційного лікування косоокості та післяопераційної реабілітації хворих створено унікальні призма-сферо-циліндричні лінзи і налагоджено виготовлення за рецептами лікарів терапевтичних окулярів з такими лінзами.

В останній час Інститутом запропоновано нові мікропризмові вироби - спеціальні комп'ютерні окуляри на основі модернізованих мікропризм Френеля. Окуляри змінюють хід променів від спостережуваного об'єкту на сітківку ока таким чином, що м'язи ока при цьому залишаються у розслабленому стані, який відповідає стану м'язів при погляді вдалину.

Результати. Розроблено конструкцію мікропризмових комп'ютерних окулярів, запропоновано технологію їх збирання в єдиний оптичний блок. Окуляри створено на основі високоякісних жорстких мікропризм Френеля, номінали мікропризм становлять 2-3 призмові діоптрії залежно від обраної відстані спостереження об'єктів. Рельєф мікропризмових елементів герметизований спеціальною захисною пластиною або лінзою окулярів, тому оптичні якості мікропризм не змінюються навіть протягом тривалої експлуатації виробів.

Висновки. Спільно з фахівцями Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика та ККМОЛ " Центр мікрохірургії ока" розроблено комп'ютерні окуляри з модернізованими мікропризмами Френеля, які оптимізують хід заломлених променів при спостереженні людиною дрібномасштабних об'єктів. При тривалому використанні таких окулярів зменшуються навантаження на м'язи очей. Зважаючи на високу ефективність таких окулярів необхідно поширити впровадження таких окулярів в усіх регіонах України і в цьому велика надія покладається на ГО "Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України".

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНІ УРАЖЕННЯ РОГОВОЇ ОБОЛОНКИ (В ТОМУ ЧИСЛІ ТРАВМАТИЧНІ)

Риков С. О., Лаврик Н. С., Шулежко І. А.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність Відомо, що деструктивні ураження (ДУР) можуть призводити до анатомічної загибелі ока і закінчуватися енуклеацією до 17% випадків. При інфекційних ураженнях, нейротрофічних порушеннях, хімічних пошкодженнях, травмах (воєних травматичних ушкодженнях), соматичній патології прояви синдрому «сухого ока» (ССО), а саме: порушення сльозопродукції та стану слізної плівки - ускладнюють ДУР. Досвід лікування важких деструктивних захворювань переднього сегменту ока на фоні ССО свідчить про актуальність та складність проблеми. Для лікування ДУР застосовуються сучасні антибактеріальні препарати, засоби покращення клітинного метаболізму в рогівці, а також зволоження її поверхні.

Мета: дослідити ефективність застосування двоетапного (консервативного+хірургічного) лікування при ДУР, в тому числі травматичних, а також показань для переходу до хірургічного етапу лікування.

Матеріали і методи. Група досліджуваних складалась з 37 хворих на ДУР з симптомами ССО (42 ока), вік 27 -74 років. Для оцінювання стану очей застосовували інтегративний показник - індекс виразності клінічних симптомів (ІВКС), що розраховувався за трьома суб'єктивними та чотирма об'єктивними ознаками (0-3 бали за симптом), додатково визначали площу ерозуювання рогівки (мм²) та глибину деструкції, тести Ширмера (мм) та Норна (сек). Ефективність лікування визначали як відсотоквилікованих хворих. Консервативна терапія, що досліджувалась, включала: антибіотик левофлоксацин («Сігніцеф», Індія), що забезпечує антибактеріальний ефект

та гіалуронову кислоти з трегалозою («Теалоз Дуо», Франція) для сприяння реепітелізації рогівки (гідратація тканин та поліпшення клітинного метаболізму).на другому етапі застосовувалась операція ЛАСПР з відсіченим аутосклеральним клаптом, фіксацією його швами та додатковим накладанням м'якої контактної лінзи, що надало можливість закривати дефекти рогівки, в тому числі з перфорацією, і в випадках посттравматичного дефекту (Патент № 81136). Обстеження планувалось до початку комплексного лікування та через 7, 14, 20,30 днів.

Результати. В 32 очах (76,2%) відмічені позитивні біомікроскопічні зміни, а саме: зменшення гіперемії, виділень, набряку, зон деепітелізації поверхні рогівки. Показник ІВКС зменшився з 8,9 до 1,3 балів ($p < 0,05$). Суб'єктивні ознаки через 2 тижні застосування комплексної терапії зменшувалась з 3,8 до 2,2 балів ($p < 0,05$). Відмічено подовження часу порушення слъзової плівки (тест Норна) від 7,1 до 12,4 сек($p < 0,05$) вже на 1(2) тиждень, але дані проби Ширмера достовірно не змінювались. Можливо вважати, що запобігання прогресування ДУР пов'язане із стабілізацією слізної плівки на фоні антибактеріальної та метаболічної терапії. Але в 10 очах (23,8%) відмічена недостатня позитивна динаміка ДУР– це вважалося показами до хірургічного етапу лікування. В 10 випадках використовувалась операція ЛАСПР. Загоєння рогівки при застосуванні ЛАСПР спостерігалось в 98,1% прооперованих очей. Результат залежав від глибини та площі виразки, термінів виконання ЛАСПР.

Висновки. 1. При лікуванні хворих на ДУР, в тому числі травматичних, рекомендовано застосування протизапальних, метаболічних та зволожуючих препаратів впродовж 5-7 днів з подальшим визначенням тактики щодо хірургічного лікування.

2. Результати проведеного комплексного лікування хворих на ДУР, в тому числі травматичних, показали доцільність використання операції лікувальної аутосклеропластики рогівки при відсутності умов для кератопластики.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНА ЗОРУ

Ригов С.О.¹, Петренко О.В.¹, Герасімова Т.П.², Прусак О.І.^{1,2},

¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

² КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Київ, Україна

Актуальність. Військовий стан в нашій країні обумовив необхідність аналізу та розробки нових підходів до надання медичної допомоги потерпілим під час таких подій. Хоча очі становлять лише 0,1 % всієї площі поверхні тіла та 4 % площі поверхні обличчя, питома вага та ступінь тяжкості травматичних пошкоджень очей під час військових дій в історичному аспекті постійно зростає через використання нових видів зброї. За даними МОЗ України, під час бойових дій, спричинених повномасштабним вторгненням РФ в Україну, кількість травм органа зору значно зросла, проте достовірні статистичні дані на сьогодні відсутні. Організація надання допомоги пацієнтам з бойовою травмою органа зору є на сьогодні актуальною проблемою, оскільки наслідки травм ока та орбіти посідають одне з перших місць по інвалідності.

Мета: проаналізувати особливості організації надання допомоги пацієнтам з бойовою травмою органа зору.

Матеріали і методи: Для досягнення поставленої мети було проведено аналіз надання допомоги 12 пацієнтам з мінно-вибуховою травмою органа зору, що проходили лікування на базі КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня», а також 3 пацієнтам, які перебували на стаціонарному лікуванні в інших закладах охорони здоров'я, але офтальмологічна допомога надавалась фахівцем КНП КОР «КОКЛ» в період з лютого по травень 2022рр.

Результати: Мінно-вибухова травма, зокрема органа зору, сьогодні фіксується найчастіше у постраждалих від бойових дій. Лікування пацієнтів з

мінно-вибуховою травмою вимагає мультидисциплінарного підходу з залученням наступних спеціалістів: офтальмолога, щелепно-лицевого хірурга, ЛОРа, нейрохірурга, травматолога та інших.

В КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня» на лікуванні перебували пацієнти з діагнозами:

- проникаюче поранення склери, гемофтальм,
- проникаюче корнео-склеральне поранення з втратою внутрішніх оболонок, ендоефтальміт,
- проникаюче поранення склери з втратою внутрішніх оболонок,
- тотальне відшарування сітківки, гемофтальм, внутрішньоочне стороннє тіло,
- множинні різані рани повік,
- субкон'юнктивальний розрив склери, гемофтальм, субатрофія очного яблука,
- повне розчавлення очного яблука, множинні різані рани повік з фрагментами відсутності інтермаргінальних країв, внутрішньоорбітальне стороннє тіло.

Всім вище вказаним пацієнтам було надано високоспеціалізовану офтальмологічну лікарську допомогу, використовуючи все наявне матеріально-технічне забезпечення закладу охорони здоров'я.

За даними літератури та аналізуючи діагнози пролікованих пацієнтів, особливостями сучасних бойових пошкоджень органа зору є множинність ураження та наявність контузійного синдрому, домінування комбінованих та поєднаних травм (85 - 90%), значна важкість травм, значне місце займають проникаючі поранення ока (70 - 80%), зростає кількість множинних внутрішньоочних сторонніх тіл (45 – 80%), сторонні тіла частіше локалізуються в задньому сегменті ока, часто двохстороннє пошкодження органа зору (40 - 60%) та інші.

Оскільки ефективність надання медичної допомоги при бойовій травмі органа зору залежить не тільки від кваліфікації спеціалістів, наявності

відповідного обладнання, але й від чіткої організації лікувально-евакуаційних заходів, необхідно дотримуватись принципів етапності надання медичної допомоги. Термін проведення хірургічного втручання при бойовій травмі органа зору також має важливе значення для прогнозу віддалених результатів лікування, тому кращим видом транспортування хворих є санітарна авіація та санітарна машина.

Постраждалих з важкими травмами органа зору та орбіти, які потребують висококваліфікованої допомоги, доцільно якомога швидше направляти в багатопрофільні заклади охорони здоров'я та/або безпосередньо в спеціалізовані офтальмологічні центри для всебічної діагностики і вибору тактики лікування.

Висновки: лікування пацієнтів з бойовими травмами органа зору та орбіти в сучасних умовах вимагає чіткої організації лікувально-евакуаційних заходів, дотримування принципів етапності надання медичної допомоги, вибору оптимального методу транспортування, мультидисциплінарного підходу на базі багатопрофільних закладів охорони здоров'я та/або спеціалізованих офтальмологічних центрів для оптимізації результатів лікування та подальшої реабілітації пацієнтів.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ГЛАУКОМИ І ВИЗНАЧЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Риков С. О., Санін В. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Глаукома – хронічне багатofакторне постійно прогресуюче захворювання, що характеризується специфічними ураженнями головки зорового нерва та пошкодженнями поля зору і призводить до незворотної сліпоті. Однак, на сьогодні не до кінця вивчено можливості відомих та нових методів дослідження рівня глаукомної оптичної нейропатії. Особливо важливою є проблема вибору алгоритму лікування ГНТ, коли компенсаторні можливості вичерпані, зорові функції перебувають на межі при нормальних рівнях ВОТ.

Метою наших досліджень було вивчення впливу окислювального стресу на розвиток та прогресування глаукоми низького тиску і визначення можливостей його корекції.

Матеріали і методи. Експериментальні дослідження проводили з використанням самців щурів лінії Вістар масою 330-350 г, віком 10 місяців, що утримувались на стандартному раціоні віварію Інституту фізіології ім.О.О. Богомольця НАН України. Здійснювали забір тканин ока для дослідження ультраструктури та для біохімічних показників. Протягом клінічної частини дослідження оглянуто 64 пацієнта (128 очей), яким проводили комплексне офтальмологічне обстеження. Всі пацієнти були обізнані про характер дослідження та підписали інформовану згоду. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну та групу порівняння. В основну групу увійшли 46 пацієнтів (92 ока) з глаукомою низького тиску I (48 очей – 52,17%) та II (44 ока – 47,83%) стадії захворювання. Пацієнтам обох груп проводили повне комплексне офтальмологічне обстеження. Термін спостереження за пацієнтами складав два

роки. Офтальмологічне обстеження включало: клінічні методи; електрофізіологічні методи; доплерографію судин голови та шиї; лабораторні дослідження – визначення показників загального аналізу крові (еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, ШОЕ, гемоглобіну), глюкози крові, глікованого гемоглобіну, заліза сироваткового, феритину, трансферину, фолівої кислоти, сечової кислоти, креатинину, холестерину, білка загального, малонового діальдегіду (MDA), супероксиддисмутази (SOD), ціанокобаламіну вітаміну В12), вітаміну С, вітаміну А, вітаміну Е. Усі результати досліджень фіксували в статистичній карті обстеження пацієнта. Отримані результати клінічної частини дослідження обробляли статистично за допомогою програми Microsoft Office Excel 2010. та пакета програм SPSS 12.0, MedStat використовуючи дисперсійний аналіз порівняння середніх величин.

Результати. Встановлено наслідки катехоламінових пошкоджень ультраструктури сітківки ока. Порівнюючи ультраструктуру сітківки ока у тварин після моделювання глаукоми та контрольних тварин виявлено, що при експериментальній глаукомі в сітківці відбуваються деструктивні зміни нейронів сітківки з утворенням великих вакуолей та розривів, тотальним просочуванням тканини плазмою крові. Крім того, визначено, що завдяки деструктивної зміни нейронів сітківки матрикс був представлений у вигляді слабкої електроннощільної аморфної погано структурованої речовини з вираженими проявами деструкції. Мітохондрії (МХ) також піддавалися деструктивним змінам, були частково або повністю вакуолізованими.

Визначено зміни показників окисного стресу у щурів при моделюванні глаукоми, а саме їх збільшення: швидкості генерації супероксидного радикалу в 2,7 та 8 разів, швидкості утворення гідроксильного радикалу в 2,2 рази, на 88% і 36% вміст кінцевого продукту ПОЛ МДА, на 6,8% і 47,8% вміст ДК та на 45% і 6,4% вміст лейкотрієну С₄ (p<0,05).

Введення НАС вмісного препарату в якості антиоксидантного засобу при моделюванні глаукоми (катехоламінових пошкоджень сітківки ока) супроводжувалось зниженням розвитку окисного стресу.

Доведено збільшення маркерів окислювального стресу і зниження маркерів антиоксидативного стресу в сироватці крові пацієнтів з глаукомою низького тиску, які корелювали зі стадією глаукомного процесу. Було проведено аналіз якісних та кількісних характеристик диска зорового нерва та перипапільярної ділянки у пацієнтів основної групи і взаємозв'язку їх змін із прогресуванням глаукомного процесу. Особлива увага була приділена визначенню причин появи геморагій в ділянці диска зорового нерва та їх ролі у прогнозі захворювання. Відмічена наявність сильних кореляційних зв'язків між геморагіями та виїмкою нейроретинального пасака в нижньому сегменті ($r=-0.1950$; $p<0,05$), вогнещевою втратою шару нервових волокон сітківки в ділянці геморагій, ($r=-0.2629$; $p<0,05$) та індексом кровотоку перипапільярних судин диска зорового нерва в поверхневій капілярній сітці нижньо-темпорального сегменту ($r=-0.3851$; $p<0,05$) в ділянці геморагій.

Проведені нами дослідження свідчать, що при лікуванні глаукоми, для корекції патологічного стану існують першочергові задачі, до яких, окрім загально розповсюджених, таких як заходи для зниження тиску, належить застосування комплексу антигіпоксантив та антиоксидантів широкого спектру дії, мітохондрій- та ендотелій спрямованих препаратів, а також мембраностабілізаторів задля усунення виражених та різноманітних проявів набряку клітин, біологічних бар'єрів та клітинних органел.

Висновки. Отримані результати визначення маркерів окислювального стресу і антиоксидативного стресу в сироватці крові пацієнтів хворих на глаукому можуть служити обґрунтуванням для клінічного застосування в практичній офтальмології в якості діагностичних маркерів ранньої діагностики та визначення чинників прогресування глаукомної оптичної нейропатії. Результати експериментальних та клінічних досліджень підтверджують доцільність застосування місцевих та загальних антиоксидантних і мембраностабілізуючих засобів в комплексній терапії глаукомної оптичної нейропатії. Виявлення крововиливів у диск зорового нерва відіграє істотну роль у прогнозі захворювання, так як є передвісником прогресуючої функціональної

втрати зору при глаукомі. Встановлено можливість розширення об'єму лікувальної допомоги і потенціювання результативності інших методів: фізіотерапевтичних, медикаментозного лікування тощо, шляхом призначення різних схем нейропротекторної терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ КЕРАТИТ

Сакович В. М., Алексєєва О. В.

Дніпровський державний університет

Дніпро, Україна

Актуальність. Бактеріальний кератит посідає одне з перших місць серед запальних захворювань рогівки. Дане захворювання часто призводить до розвитку ускладнень, зниження гостроти зору і інвалідизації пацієнтів. Останнім часом зросла кількість кератитів, викликаних агресивною мікрофлорою та антибіотикорезистентними штамми. Захворювання, викликані цими штамми, збільшують тривалість перебування в стаціонарі, частіше призводять до утворення інтенсивних помутнінь рогівки. Застосування антибактеріальної терапії не завжди гарантує позитивний ефект в лікуванні. Останні роки, внаслідок широкого і безконтрольного застосування антибактеріальних препаратів з профілактичною і лікувальною метою, відбулася значна зміна етіологічної структури гнійних захворювань рогової оболонки.

Мета та завдання дослідження – вивчення характеру мікрофлори та чутливості до антибактеріальних препаратів для підвищення ефективності лікування хворих на бактеріальні кератити.

Матеріали та методи. У дослідженні приймали участь 49 хворих (49 ока) з бактеріальними кератитами у віці від 26 до 79 років. Чоловіків - 27, жінок – 22. Хворим проводили офтальмологічне обстеження за загальноприйнятою методикою, мікробіологічне дослідження та визначення чутливості до антибактеріальних препаратів.

Результати. За результатами мікробіологічного дослідження хворих на бактеріальний кератит: в 20,4% випадків (10 хворих) посів на мікрофлору

росту не дав, так як хворі до госпіталізації в стаціонар отримували антибактеріальну терапію за місцем мешкання; в 38,7% випадків (19 хворих) виділена грампозитивна мікрофлора (епідермальний стафілокок, золотистий стафілокок, пневмококка ін.); в 36,8% випадків (18 хворих) виділена грамнегативна мікрофлора (ентеробактер, протей, кишкова паличка та ін.); В 4,1% (2 хворих) випадків спостерігалось поєднання мікрофлори: + протей, гриби роду Candida + епідермальний стафілокок, стрептокок + кишкова паличка.

Виділена мікрофлора в більшості випадків виявилася стійкою до ампіциліну, амоксициліну, тетрацикліну, гентаміцину, неоміцину. Більш висока чутливість патогенних мікроорганізмів визначалася до ципрофлоксацину, цефтріаксону, офлоксацину.

Лікування кератитів, особливо викликаних грамнегативною мікрофлорою, вимагає пошуку нових препаратів, оскільки спостерігається дуже висока стійкість до багатьох антибіотиків, що застосовують в даний час.

Висновок. За результатами виконаної роботи можна зробити висновок, що вже при першому зверненні у пацієнтів з бактеріальними кератитами важливо проводити лабораторні дослідження кон'юнктивальної порожнини, що включають: визначення виду мікрофлори та її чутливості до антибактеріальних препаратів. При призначенні лікування хворим на бактеріальний кератит, згідно етіології, відзначається покращення клінічних показників і скорочується термін лікування, зменшується кількість ускладнень.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РИГІДНОСТІ РОГІВКИ

Шаргородська І. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Останні десятиріччя відмічаються зростанням кількості захворювань рогівки, особливо її ускладнених форм. Особливо вирішальне значення при різних видах патології відіграють зміни біомеханічних властивостей рогівки. Найбільш актуальними питаннями сьогодення виступає діагностика початкових стадій кератоконусу (КК) та ускладнень після проведення ексимерлазерних втручань. Треба відзначити, що до кінця не відомі фактори, які спричиняють розвиток дистрофічного процесу в центральній частині рогівки та призводять до характерної конусоподібної деформації, яка значно знижує гостроту зору. Етіологія та патогенез цього захворювання викликають дотепер багато суперечок. Впровадження широкого спектру технологічних інновацій в світі лікування аномалій рефракції призвели до зростання кількості лазерних корегуючих оперативних втручань. Але не менш важливою є профілактика та прогнозування ускладнень після проведення ексимерлазерних операцій.

Мета. Розробити клінічний метод оцінки біомеханічних властивостей рогівки.

Матеріали і методи. Обстежено 34 пацієнти (68 очей), середній вік яких становив 30 років. Пацієнтів було поділено на три групи (таблиця 1). В першу групу включили 25 пацієнтів з еметропічною рефракцією (50 очей). У другу групу – 9 пацієнтів (9 очей) з кератоконусом III-IV ступеню. Третя група складалась з 9 пацієнтів (9 парних очей пацієнтів II групи) без клінічних ознак кератоконуса. Всім пацієнтам було проведено комплексне офтальмологічне обстеження. Реєстрація кератотопографічних параметрів рогівки проводилася з використанням Шемпфлюг камери Oculus Pentacam дворазово: стандартним методом у вихідному становищі і під час штучного підвищення ВОТ на протязі

двох хвилин. Біомеханічні властивості рогівки оцінювались за допомогою пристрою та методу визначення ригідності рогівки (Сергієнко М.М., Шаргородська І.В., 2017). Отримані результати статистично оброблялись з використанням програми Microsoft Office Excel 2007.

Результати. Під час обстеження стандартним методом на Oculus Pentacam у пацієнтів другої групи були визначені значні зміни кератотопографічних параметрів рогівки, які властиві кератоконусу III-IV ступеню. У пацієнтів першої і третьої групи визначалися нормальні параметри рогівки.

Звертає на себе увагу той факт, що при проведенні модифікованого методу дослідження з використанням Oculus Pentacam, способу і приладу для визначення ригідності рогівки, у пацієнтів третьої групи визначалися деформації, які властиві кератоконусу.

Необхідно також зазначити, що при проведенні модифікованого методу дослідження з використанням Oculus Pentacam, способу і приладу для визначень ригідності рогівки були відзначені наступні закономірності (таблиця 1): у пацієнтів з кератоконусом (II група), під впливом навантаження відзначалося достовірне збільшення сферичного еквівалента передньої і задньої поверхні рогівки ($\Delta = 4,12$ і $2,3$ дптр відповідно), збільшення коефіцієнту $K_{max.(Front)}$ на $3,7$ дптр, зменшення максимального і мінімального радіусів кривизни передньої та задньої поверхні рогівки (на $-1,2$; $-1,4$ мм та на $-0,99$ і $-1,33$ мм відповідно) ($p < 0,05$). Зміни глибини передньої камери у порівнянні з вихідними даними вірогідно не відмічалось ($\Delta = 0,09$ мм).

У пацієнтів з еметропічною рефракцією (I група), під впливом навантаження відбувалося достовірне зменшення сферичного еквівалента передньої і задньої поверхні рогівки ($\Delta = -0,55$ і $-0,35$ дптр відповідно), зменшення коефіцієнта $K_{max.(Front)}$ на $1,13$ дптр, збільшення максимального і мінімального радіусів кривизни передньої поверхні рогівки (на $0,27$ і $0,16$ мм) та незначне зменшення максимального і мінімального радіусів кривизни задньої поверхні рогівки ($-0,1$ і $-0,15$ мм) ($p < 0,05$). При цьому глибина

передньої камери вірогідно не змінилася у порівнянні з вихідним значенням ($\Delta = -0,08\text{мм}$).

У пацієнтів третьої групи (парні очі пацієнтів з кератоконусом), де клінічно не відмічалось ознак кератоконуса, під впливом навантаження відзначено достовірне збільшення сферичного еквівалента передньої і задньої поверхні роговиці ($\Delta = 1,37$ і $1,2$ дптр відповідно), збільшення коефіцієнта $K_{\text{max.}}(\text{Front})$ на $1,62$ дптр, зменшення максимального і мінімального радіусів кривизни передньої та задньої поверхні рогівки (на $-0,8$; $-0,7$ мм та на $-0,43$ і $-0,61$ мм відповідно) ($p < 0,05$). При цьому також вірогідно не відзначалося зміни глибини передньої камери при навантаженні у порівнянні з вихідним значенням ($\Delta = 0,09\text{мм}$).

Висновки. Виявлено істотне зниження рівня опорних властивостей рогівки у пацієнтів з кератоконусом у порівнянні з еметропами.

Проба з навантаженням дозволяє отримати більш точну інформацію про біомеханічні властивості рогівки у порівнянні зі стандартними кератотопографічними дослідженнями, наприклад на Шемпфлюг камері Oculus Pentacam.

Розробка спеціального методу визначення ригідності рогівки *in vivo* дозволить вперше кількісно і якісно охарактеризувати зміни біомеханічних властивостей рогівки у пацієнтів з кератоконусом під впливом проведеного лікування, а також вивчати можливі зміни характеру прогресування хвороби.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ КЕРАТОКОНУСУ

Шаргородська І. В., Кондратенко Ю. М., Лисенко М. Г.

Національний університет охорони здоров'я України П.Л. Шупика

Київ, Україна

Актуальність. Питання виживання рогівкового трансплантату продовжує залишатися одним з найактуальніших питань сучасної офтальмохірургії, оскільки воно залишається першочерговим показником успіху кератопластики. Суттєвим фактором впливу на клінічний результат проведеної кератопластики є вихідна якість донорського рогівкового матеріалу. На успішне приживлення рогівкового трансплантату впливають три основні групи факторів: якість донорського матеріалу, інтраопераційна травматизація рогівкового трансплантату та стан трансплантаційного ложа реципієнта.

Мета. Підвищення ефективності виживання наскрізних рогівкових аллотрансплантатів при кератоконусі шляхом вироблення дієвих критеріїв якості донорського матеріалу на етапі відбору та розробка методики додаткової ендотеліопротекції рогівкового трансплантату на етапі трансплантації.

Матеріали і методи. На 805 нативних донорських рогівках, придатних за епідпоказниками для кератопластики, проводились біомікроскопія та конфокальна мікроскопія *ex vivo* та кількісне визначення рефлексивності ендотелію на конфокальних мікрофотограмах за розробленою методикою. Проаналізовано 129 клінічних випадків наскрізної аллокератопластики (116 реципієнтів), які були розділені на 3 клінічні групи, співставні за гендерно-віковими ознаками). В I клінічній групі трансплантати пройшли стандартний відбір за загальноприйнятими критеріями якості, в II клінічній групі трансплантати пройшли стандартний відбір за загальноприйнятими критеріями якості та з визначеним критерієм рефлексивності ендотеліальних клітин рогівки (КРЕКР) та іншими морфометричними особливостями ендотелію. В цих групах кератопластика проводилась зі стандартною віскоендотеліопротекцією. В III

клінічній групі трансплантати пройшли стандартний відбір за загальноприйнятими критеріями якості, з прийнятим КРЕКР та морфометричними особливостями ендотелію, а під час кератопластики на етапі «back table» була проведена модифікована віскопротекція ендотеліальних клітин. По досягненню повної поверхневої епітелізації клінічний офтальмологічний моніторинг за пацієнтами у всіх досліджуваних групах здійснювався через 2, 3 тижні, 1, 3, 6, 9 та 12 місяців після трансплантації, в ході якого проводилось визначення щільності ендотеліальних клітин методом конфокальної мікроскопії.

Результати. В процесі аналізу стану приживлення трансплантатів згідно визначеному КРЕКР серед реципієнтів I групи була прийнята нижня межа КРЕКР для відбору донорської рогівки для реципієнтів II групи була прийнята за 50 а також факт відсутності органел та «об'ємності» ендотеліоцитів при конфокальній мікроскопії *ex vivo*. В результаті цього отримано зменшення втрати ендотеліоцитів на трансплантаті в II групі в порівнянні з I, що стає статистично достовірним через 6 місяців після трансплантації. При порівнянні динаміки втрати ендотеліоцитів на трансплантатах у реципієнтів III та II клінічних груп (з віскопротекцією та без неї, відповідно) ми не отримали статистично значимої різниці на всьому річному періоді спостереження, але при порівнянні I та III групи ми отримали статистично значиме зменшення втрати ендотеліоцитів вже на 3-му місяці спостереження. Якщо розглядати дану динаміку втрати ендотеліоцитів на трансплантаті у відсотковому аспекті, то за 12 місяців після НАКП в I групі ми маємо середню втрату $\approx 74\%$ ендотеліоцитів, а в III групі $\approx 17\%$.

Висновки. Наявність видимих органел в ендотеліоцитах, візуальна «об'ємність» ендотеліоцитів при конфокальній мікроскопії та коефіцієнт рефлексивності ендотеліальних клітин рогівки < 50 (як самостійні три фактори чи в будь-якій комбінації) суттєво зменшують вірогідність виживання ендотеліоцитів на наскрізному рогівковому трансплантаті протягом першого року після трансплантації. Віскопротекція в поєднанні з якісним

відбракуванням донорського рогівкового матеріалу за вищевказаними додатковими критеріями майже в 4 рази зменшує відсоток втрати ендотеліальних клітин на рогівковому трансплантаті за перший рік після трансплантації, що є попередженням розвитку пізнього ендотеліального відторгнення рогівкового трансплантату.

ДОСЛІДЖЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОГІВКИ

Шаргородська І. В., Сас О. С., Вадюк Л. І.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Комунальне некомерційне підприємство

«Івано-Франківський обласний центр громадського здоров'я»

Київ, Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Дегенеративно-дистрофічні зміни рогівки вражають мільйони людей у всьому світі і є поширеними офтальмологічними захворюваннями. Важливим моментом у патогенезі дегенерації рогівки є розвиток оксидативного стресу, пов'язаного з підвищеною продукцією вільних радикалів, які деструктивно діють на різні органи, в тому числі на рогівку та сітківку. Сьогодні актуальним питанням офтальмології є пошук нових методів лікування, одним з яких є оксигенотерапія.

Мета. Дослідити нові можливості застосування оксигенотерапії для лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань рогівки.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 80 хворих (160 очей) з епітеліально-ендотеліальною дистрофією рогівки, герпетичним і метагерпетичним кератитом, нейротрофічним кератитом (у хворих на цукровий діабет і глаукому), нервово-паралітичним кератитом (у хворих з лагофтальмом). Для досліджень використовувався пристрій, який дозволяє отримати новий рівень якості насичення рідини газом. Вивчали різні режими терапії: тривалість, щільність, концентрацію тощо. У дослідженні використовувалися клініко-лабораторні та інструментальні методи обстеження згідно заствердженого клінічного протоколу лікування пацієнтів з дегенеративними захворюваннями рогівки ока.

Результати. Встановлено роль компонентів системи оксидативного та міксидативного стресу у розвитку дегенеративно-дистрофічних захворювань

рогівки. Отримані наукові знання про важливість компонентів оксидативного та міксидативного стресу в механізмах пошкодження судин при дегенерації рогівки та залежність виявлених порушень від вмісту супероксидного радикала, гідроксильного радикалу, дієнових кон'югатів та малонового діальдегіду, що може відкрити нові можливості у профілактиці та лікуванні цієї патології.

Висновки. Пошук та дослідження нових варіантів лікування хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання рогівки є актуальними, оскільки несвоєчасне та неефективне лікування цієї категорії пацієнтів може мати значні незворотні наслідки для органу зору.

НОВІ МОДЕЛІ ПРОГНОЗУВАННЯ ВІКУ РОЗВИТКУ ВІКОВОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ

Шаргородська І. В., Фролова С. С.

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної
та клінічної медицини» Державного управління справами
Київ, Україна*

Актуальність. На сьогоднішній день відомо більше 50 генів, відповідальних за порушення нормального перебігу метаболічних процесів в сітківці і пігментному епітелії. Особливий інтерес викликає порушення мутацій ряду генів, здатних призупинити прогресування вікової дегенерації макули (ВДМ) або знизити ймовірність її розвитку. Нові віхи нашого століття демонструють бурхливий розвиток генної інженерії, яка є перспективним напрямком пошуку нових методів лікування та профілактики ряду важких інвалідизуючих захворювань органу зору, в тому числі ВДМ.

Мета. Провести аналіз можливостей застосування генетичних методів дослідження для менеджменту хворих на ВДМ на поліклінічному етапі.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 182 пацієнти (364 ока), які пройшли комплексне офтальмо-генетичне обстеження та знали суть дослідження. Усі хворі були розподілені на дві групи: основну та групу порівняння. В основну групу увійшли 144 пацієнти (288 очей) з діагнозом ВДМ, з них 128 очей (44,45% усіх випадків) мали «суху» форму ВДМ, а 160 очей (55,55% усіх випадків) – вологу форму захворювання. Групу порівняння становили 76 очей (38 пацієнтів) без ВДМ. Генетичні дослідження проводили під час основного візиту після стандартного офтальмологічного огляду. Поліморфні варіанти ARMS2, rs 10490924; CFH, rs800292; Локуси ДНК VEGF, rs2010963 та rs6921438 визначали під час полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у реальному часі за допомогою TaqMan®SNP Genotyping Assay, реагентів Life-technologies (США), з автоматичним підсилювачем Real-Time

PCR System 7500 (Applied Biosystems, США). Отримані результати були статистично оброблені в програмах Microsoft Office Excel 2010, SPSS 11.0 та MedStat (2004-2012).

Результати. Аналіз результатів показав, що статистично значущий зв'язок із результуючим показником – наявністю ВДМ продемонстрували значення показника ARMS2 (rs10490924); CFH (rs800292) і VEGFA (rs2010963) з $p = 0,035$; $p = 0,002$ та $p = 0,001$ відповідно, які визначають розвиток ВДМ (імовірності розвитку ВДМ досягали значення більше 0,493) з безпомилковим прогнозом на рівні 78,0%. На основі значень результатів генотипування розроблено модель визначення ймовірності розвитку ВДМ.

Для визначення ступенів ризику в запропонованій моделі визначення ймовірності розвитку ВДМ розроблено формулу:

$$P_{AMD} = 1 / (1 + e^{(210,166 - 0,579 * G1 - 0,691 * G2 - 0,803 * G3)}),$$

де P_{AMD} – ймовірність розвитку ВДМ; $G1$ - $G3$ – орієнтовні значення відповідних генотипів.

Крім того, за результатами аналізу встановлено, що статистично значущий зв'язок із результуючим показником наявності «вологоді» форми ВДМ у пацієнтів виявлено за індикативними значеннями поліморфізмів: CFH (rs800292) та VEGFA (rs699947) з $p = 0,003$ в обох випадках, що визначає розвиток «вологоді» форми ВДМ (імовірності розвитку ВДМ досягають значення більше 0,416) з безпомилковим прогнозом на рівні 63,9%.

Для визначення ступенів ризику в розробленій моделі визначення ймовірності розвитку «вологоді» форми ВДМ розроблено наступну формулу:

$$P_{AMD-WET} = 1 / (1 + e^{(198,012 - 0,455 * G2 - 1,108 * G4)}),$$

де – ймовірність розвитку «вологоді» форми ВДМ $G2$ і $G4$ – орієнтовні значення відповідних генотипів.

На основі аналізу основних характеристик множинної лінійної регресії ми розробили формулу «Вік розвитку ВДМ» для розрахунку результуючої змінної.

$$\text{Вік розвитку ВДМ} = 149,56 + 0,387 * X1 + 0,678 * G1 + 5,640 * X2 + 1,864 * X3 + 4,791 * X4 + 1,660 * X5 + 2,316 * X6 + 5,163 * X9 + 5,067 * X10 + 6,054 * X11,$$

де назви змінних та їх індикативні значення відповідають даним.

Висновки. Розроблена модель прогнозу віку розвитку ВДМ, яка враховує гаплотип, ІМТ, стать та показники, що характеризують спосіб життя та звички пацієнта, і має високий ступінь вірогідності (коефіцієнт множинної кореляції: $R = 0,73$); коефіцієнт детермінації: $R^2=0,54$ ($F=16,94$; $p<0,0001$).

