

**XVIII Scientific and Practical Conference
with international participation
“Special issues of diagnostics and treatment of diseases
of the ENT, craniofacial region and the visual organ”
April 17-18, 2026**



**XVIII науково-практична конференція
з міжнародною участю
«Спеціальні питання діагностики та лікування
захворювань ЛОР-органів,
краніофаціальної ділянки та органа зору»
17-18 квітня 2026 року**



**ТОВАРИСТВО
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,
АСПІРАНТІВ ТА
СПЕЦІАЛІСТІВ НМУ**

INFECTIOUS KERATITIS AS A COMPLICATION OF ENT DISEASES

Vus M. V.

Supervisor: PhD in Biological Sciences, associate professor Shabelnyk O. I.
Department of Microbiology, Virology, Immunology, Medical Physics and Medical Informatics
Head of the Department: MD, professor Haidash I. S.
Luhansk State Medical University
Rivne, Ukraine

Relevance: infectious keratitis is a common cause of visual impairment and severe corneal complications. Inflammatory diseases of the ENT organs create a reservoir of pathogenic microorganisms that, due to anatomical proximity, may spread to ocular structures. The increase in antibiotic resistance and changes in the microbiome of the upper respiratory tract raise the risk of such complications. Studying the relationship between ENT pathology and infectious keratitis is important for early diagnosis and rational therapy.

Purpose of work: to analyze the relationship between ENT diseases and the development of infectious keratitis, to identify the leading microbial pathogens and pathogenetic mechanisms in order to optimize diagnostic and therapeutic strategies.

Research methods: the study is theoretical in nature and is based on the analysis of current scientific publications and clinical guidelines on infectious keratitis and ENT diseases. Data on etiology, pathogenesis, the spectrum of pathogens, and their antibiotic resistance were summarized from an interdisciplinary perspective.

Results: the analysis of scientific literature indicates that infectious keratitis often develops against the background of chronic or recurrent inflammatory diseases of the ENT organs, including rhinosinusitis, tonsillitis, pharyngitis, and adenoiditis. Most sources emphasize that the mucosa of the nasopharynx and paranasal sinuses may serve as a persistent reservoir of pathogenic and opportunistic microorganisms. The most frequently reported pathogens of keratitis include *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, as well as gram-negative bacteria, including *Pseudomonas aeruginosa* and representatives of *Enterobacteriaceae*. Chronic ENT pathology promotes microbial persistence, impairment of local immunity, and the formation of microbial associations, which increases the risk of contamination of the ocular surface, especially in the presence of corneal microtrauma. In patients with chronic rhinosinusitis, the course of keratitis is more severe and prolonged. The growing antibiotic resistance complicates empirical therapy and confirms the need for an interdisciplinary approach.

Conclusions: the leading etiological agents are *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, and gram-negative bacteria capable of colonizing the upper respiratory tract mucosa and spreading to ocular structures.

Keywords: infectious keratitis, ENT diseases, rhinosinusitis, microbiology, antibiotic resistance, pathogenesis.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ ЧЕРЕЗШКІРНОГО СПОНДИЛОДЕЗУ У ЛІКУВАННІ ТРАВМИ ХРЕБТА І СПИННОГО МОЗКУ НА ГРУДНОМУ І ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНІ

Варнаков І. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Медведєв В. В.
Кафедра нейрохірургії
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, академік НАН та НАМН України Цимбалюк В. І.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: травма хребта і спинного мозку (ТХСМ) ураження нервової системи, здебільшого із незворотними наслідками, тривалими та економічно обтяжливими реабілітаційними заходами. За сучасними оцінками, позитивні витрати на одного пацієнта з тяжкою ТХСМ у розвинених країнах коливаються від 0,7 до 2,5 млн доларів США. Основний метод лікування цієї патології – хірургічний, метою якого є рання декомпресія нервових структур, реконструкція і стабілізація хребта. Зазвичай такі втручання здійснюють відкритими способами, що супроводжується значною крововтратою, великою

тривалістю, атрофією м'язів спини, ризиком розвитку псевдоартрозів тощо., варіантом вибору, який покликаний зменшити або усунути перелічені недоліки є метод черезшкірного спондилодезу.

Мета роботи: з'ясувати переваги, недоліки та область використання методу черезшкірного спондилодезу у лікуванні ТХСМ на грудному і поперековому рівні.

Матеріали та методи дослідження: ретроспективне клінічне дослідження типу «випадок-контроль». Основна група (n = 54) – пацієнти із ТХСМ на грудному і поперековому рівні, яким виконували черезшкірний спондилодез. Група порівняння (n = 216) – пацієнти із ТХСМ на аналогічному рівні, яким виконували спондилодез відкритим способом. Оцінювані показники: тривалість хірургічного втручання, тривалість наркозу, тривалість перебування у стаціонарі, частота післяопераційних ускладнень, рівень медикаментозного навантаження пацієнта (у якості маркера – доза фентанілу). Статистична обробка даних проведена з використанням пакета програм EZR (R-Statistics).

Результати: тривалість хірургічного втручання у групі порівняння склала $166,4 \pm 58,5$ хв (Me=160 хв, IQR 125-195 хв) проти $101,0 \pm 50,8$ хв (Me=90 хв, IQR 70-120 хв) у основній групі ($p < 0,001$), що відповідає скороченню на 39 %. Тривалість наркозу становила $233,4 \pm 159,1$ хв (Me=210 хв, IQR 170-260 хв) та $158,5 \pm 76,3$ хв (Me=140 хв, IQR 122-190 хв) у групі порівняння та у основній групі, відповідно ($p < 0,001$). Термін перебування у стаціонарі у групі порівняння виявився значущо ($p < 0,001$), майже утричі тривалішим $20,9 \pm 11,9$ діб (Me=18 діб, IQR 14-23 доби) у порівнянні з основною групою $8,9 \pm 5,1$ доби (Me=7 діб, IQR 5-11 діб). Рівень медикаментозного навантаження, оцінений за дозою використаного фентанілу, був вищим у групі порівняння $30,8 \pm 9,9$ мл (Me=30 мл, IQR 24-36 мл) проти $23,3 \pm 7,8$ мл (Me=22 мл, IQR 16-30 мл) у основній групі ($p < 0,001$). Водночас, за показником частоти післяопераційних ускладнень обидві групи відрізнялись несуттєво: їх частка у групі порівняння склала 3,7 % (8 пацієнтів), а у основній групі 1,9 % (1 пацієнт) (ВІШ=2,04; $p=0,69$).

Висновки: метод черезшкірного спондилодезу у порівнянні із методом відкритого спондилодезу характеризується істотно меншою тривалістю хірургічного втручання, загального знеболення та, госпіталізації, а також меншим об'ємом фармакологічного навантаження пацієнта, не збільшуючи при цьому ризик післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: травма хребта і спинного мозку, відкритий спондилодез, черезшкірний спондилодез.

МІКРОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ СІТКІВКИ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ: КЛЮЧ ДО ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПІЇ РЕТИНОПАТІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Гаврилишин Т. О.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед. н. професор Риков С. О.
Комунальне некомерційне підприємство «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради»

м. Івано-Франківськ, Україна

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: ретинопатія недоношених (РН) залишається однією з провідних причин порушення зору та сліпоти у дітей раннього віку. Стандартні підходи до скринінгу, засновані на визначенні стадій, зон ураження та наявності «plus»-хвороби, не завжди дозволяють своєчасно виявити пацієнтів із високим ризиком прогресування. Мікроструктурні зміни сітківки можуть виступати ранніми предикторами активності патологічного процесу та формувати основу для персоналізованого підходу до ведення недоношених дітей.

Мета роботи: проаналізувати мікроструктурні зміни сітківки у недоношених дітей та визначити їх значення для стратифікації ризику і персоналізації терапії ретинопатії недоношених.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз 1341 недоношеної дитини (гестаційний вік < 37 тижнів), які перебували під наглядом у 2019–2024 роках. Серед обстежених – 649 (48,4 %) хлопчиків та 692 (51,6 %) дівчинки. Оцінку стану сітківки проводили за допомогою непрямой

бінокулярної офтальмоскопії та цифрового фотографування очного дна з аналізом змін у динаміці. Визначали судинні патерни (ступінь звивистості та дилатації судин, рівномірність васкуляризації), наявність «plus»-хвороби, а також ознаки нейроретинальних змін. Пацієнти перебували під динамічним спостереженням із визначенням показань до лікування (лазерна коагуляція) або подальшого моніторингу.

Результати: встановлено, що мікроструктурні зміни сітківки виникають ще до формування клінічно маніфестних стадій ретинопатії недоношених. Найбільш значущими предикторами прогресування були рання судинна дезорганізація, підвищена звивистість судин, асиметрія васкуляризації та початкові прояви «plus»-фенотипу. Їх виявлення дозволяло своєчасно стратифікувати пацієнтів за ризиком прогресування, оптимізувати терміни інтервенцій та уникати розвитку тяжких форм захворювання. Використання серійної фотодокументації підвищило об'єктивність оцінки динаміки процесу, забезпечило кращу відтворюваність результатів і стало ефективним інструментом для клінічного моніторингу та навчання лікарів.

Висновки: мікроструктурний аналіз сітківки у недоношених дітей є важливим інструментом ранньої діагностики та стратифікації ризику прогресування ретинопатії недоношених. Його інтеграція у рутинний скринінг дозволяє реалізувати персоналізований підхід до лікування, оптимізувати терміни втручання та підвищити ефективність клінічного менеджменту. Перспективними напрямками є впровадження автоматизованого аналізу зображень та створення прогностичних моделей перебігу РН, що відкриває можливості для індивідуалізованої терапії кожного пацієнта.

Ключові слова: ретинопатія недоношених, недоношені діти, мікроструктурні зміни сітківки, персоналізована терапія, судинні патерни сітківки, «plus»-хвороба, скринінг РН, цифрова візуалізація сітківки, рання діагностика, стратифікація ризику

ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ М'ЯКИХ ТКАНИН НАВКОЛО ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЗАМІЩЕННЯ СЕГМЕНТАРНИХ ДЕФЕКТІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ ПРИ РІЗНОМУ РОЗТАШУВАННІ ОСТАННІХ

Гатальська Є. О.

Науковий керівник: PhD, асистент Філоненко Д. О.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: пластичне усунення сегментарних дефектів нижньої щелепи аутоотрансплантатами є однією з найважчих задач щелепно-лицевої хірургії. Основними причинами виникнення сегментарних дефектів є пухлини щелепно-лицевої ділянки, остеонекрози щелеп, мінно-вибухова травма. Наявність даних дефектів суттєво знижує можливість адекватного мовлення, жування, ковтання у пацієнтів, що в свою чергу негативно впливає на якість життя людини. Реабілітація пацієнтів з сегментарними дефектами нижньої щелепи є довготривалою, багатоетапною та психологічно виснажливою, основною метою якої є максимально можливе функціональне та естетичне відновлення. Кінцевою метою щелепно-лицевого компонента реабілітації є відновлення зубного ряду з прилеглими структурами.

Мета роботи: порівняти стан м'яких тканин навколо дентальних імплантатів у пацієнтів після заміщення сегментарних дефектів нижньої щелепи аутоотрансплантатами при низькому та протетичноорієнтованому положенні останніх.

Матеріали та методи дослідження: було включено 19 пацієнтів, яким проводилось пластичне усунення сегментарних дефектів нижньої щелепи аутоотрансплантатами та проводилось подальше протезування з опорою на дентальні імплантати. 13 пацієнтів мали нижнє положення аутоотрансплантату (контрольна група), 6 – протетичноорієнтоване (основна група). Нижнім положенням вважалось відновлення нижнього краю нижньої щелепи, протетичноорієнтованим – положення з врахуванням майбутньої ортопедичної конструкції. Усім пацієнтам було проведено інтраоральне сканування за допо-

могою Medit I600. Параметрами оцінювання слугували ширина прикріплених ясен з вестибулярної та язичної сторін в ділянці медіального та дистального імплантатів, а також площа прикріплених ясен в ділянці аутоотрансплантату. Вимірювання показників проводилось у програмному забезпеченні Medit Link v3.4.7 (Корея): Medit Design.

Результати: ширина прикріплених ясен з вестибулярної сторони в ділянці медіального імплантату в контрольній групі становила $-0,73 \pm 0,80$ мм, в основній – $1,36 \pm 0,93$ ($p > 0,05$), в ділянці дистального імплантату становила $0,18 \pm 0,4$ мм та $0,76 \pm 0,76$ відповідно ($p > 0,05$). Ширина прикріплених ясен з язичної сторони в ділянці медіального імплантату в контрольній групі становила $-0,83 \pm 0,88$ мм, в основній – $0,92 \pm 0,88$ ($p > 0,05$), в ділянці дистального імплантату становила $0,17 \pm 0,28$ мм та $0,57 \pm 0,55$ відповідно ($p > 0,05$). Площа прикріплених ясен у контрольній групі склала $69,79 \pm 56,50$, в основній – $225,14 \pm 188,94$ мм² ($p < 0,05$).

Висновки: дане дослідження демонструє, що наявна значна відмінність у площі прикріплених ясен в залежності від висоти розташування аутоотрансплантату. У свою чергу наявність адекватної кількості прикріплених м'яких тканин в ділянці дентальних імплантатів суттєво впливає на подальший успіх протетичної реабілітації в цілому.

Ключові слова: аутоотрансплантат, протез, прикріплені ясна, імплантати, реабілітація.

КОРЕЛЯЦІЯ ТОВЩИНИ СІТКІВКИ ТА МАКУЛЯРНОГО ОБ'ЄМУ ІЗ ЗОРОВИМИ ПОКАЗНИКАМИ ПРИ МАКУЛЯРНОМУ НАБРЯКУ ВНАСЛІДОК ОКЛЮЗІЇ ВЕНИ СІТКІВКИ

Гончаренко В. І.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Биць Ю. Ю.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: оклюзія вени сітківки (ОВС) є другим за поширеністю судинним захворюванням сітківки. Вона переважно уражає осіб середнього віку, зі збільшенням частоти у десять разів у пацієнтів віком від 40 до 65 років. Макулярний набряк (МН) є основною причиною втрати зору при ОВС, 21 % пацієнтів мають гостроту зору $\leq 20/50$. Оптична когерентна томографія (ОКТ) є основним методом візуалізації для оцінки макулярного набряку (МН), пов'язаного з ОВС. Центральна товщина сітківки (ЦТС) є ключовим параметром ОКТ, який використовується для визначення активності захворювання, його прогресування та відповіді на лікування. Збільшення ЦТС асоціюється зі зниженням функції зору, і навпаки. З огляду на важливість цих факторів для оцінки прогресування захворювання та відповіді на лікування, метою цього дослідження було порівняти інформативність параметрів ОКТ (ЦТС та макулярного об'єму (МО)) для прогнозування гостроти зору після лікування у пацієнтів з ОВС та МН.

Мета роботи: оцінити інформативність МО, ЦТС та їх коливань для прогнозування гостроти зору після лікування у пацієнтів із МН, вторинним до ОВС.

Матеріали та методи дослідження: це ретроспективне когортне дослідження включало пацієнтів, які отримували інтравітреальну терапію інгібіторами судинного ендотеліального фактора росту (anti-VEGF) з приводу МН, спричиненого ОВС в офтальмологічній клініці «Світ Зору» в період з червня 2025 року по лютий 2026 року. Загальна вибірка включала 32 учасника: 14 пацієнтів мали оклюзію центральної вени сітківки (ОЦВС), 16 – оклюзію гілок вени сітківки (ОГВС). Було визначено кореляцію МО і ЦТС, а також їх коливань із найкращою коригованою гостротою зору (КГЗ), виміряною за допомогою ОКТ на початку дослідження та через 1, 3 місяці після лікування.

Результати: на початковому етапі середня найкраща КГЗ була достовірно нижчою у групі з ОЦВС порівняно з групою з ОГВС. В обох підгрупах спостерігалось значуще покращення зору з часом (усі попарні порівняння з вихідним рівнем, $p < 0,001$). На початку дослідження ЦТС була значно більшою в очах із ОЦВС, ніж у пацієнтів із ОГВС. Після лікування в обох групах відзначалось суттєве зменшення ЦТС, найбільш виражене зниження спостерігалось через 1 місяць ($p < 0,001$). Подібна динаміка спосте-

рігалася і для МО, який на початку дослідження був вищим у групі ОЦВС, ніж у групі ОГВС. Упродовж часу МО поступово зменшувався в обох підгрупах, і через 3 місяці статистично значущих відмінностей між групами не виявлялося.

Висновки: хоча як ЦТС так і МО корелюють із кінцевими показниками гостроти зору, МО демонструє сильніший зв'язок із зоровими результатами у пацієнтів з ОВС та МН, які отримують терапію anti-VEGF, ніж ОГВС. Одночасне врахування показників МО і ЦТС може підвищити точність оцінки ефективності лікування, особливо у пацієнтів із центральною оклюзією вени сітківки ОЦВС.

Ключові слова: центральна товщина сітківки, макулярний набряк, об'єм макули, оклюзія вени сітківки.

ДІАБЕТИЧНИЙ МАКУЛЯРНИЙ НАБРЯК У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ: КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ

Горохівська О. Т.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н. професор Риков С. О.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: через зростання поширеності цукрового діабету підвищується потреба ранньої діагностики та своєчасного лікування діабетичного макулярного набряку з метою попередження незворотної втрати зору. Основними факторами ризику є триваліший період діабету та незадовільний метаболічний контроль. Діабетичний макулярний набряк є однією з провідних причин зниження центрального зору у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу.

Мета роботи: вивчити особливості розвитку макулярного набряку у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи дослідження: під спостереження знаходились знаходилося 160 пацієнтів (320 очей) у віці від 42 до 78 років, хворі на цукровий діабет 2 типу. Тривалість діабету становила від 5 до 22 років. У всіх пацієнтів було проведено скринінг ДМН за даними біомікроскопії та оптичної когерентної томографії (ОКТ). Діагноз ДМН встановлювали на підставі клінічних та томографічних критеріїв. Клінічні критерії діагностики ДМН: потовщення сітківки на відстані до 500 мкм від центру макули. Тверді ексудати в межах 500 мкм від центру макули, якщо вони супроводжуються потовщенням прилеглої сітківки. Зона потовщення сітківки розміром не менше одного діаметра диска зорового нерва (приблизно 1500 мкм), будь-яка частина якої знаходиться в межах одного діаметра диска від центру макули.

Результати: діабетичний макулярний набряк було виявлено у 58 пацієнтів (36.3 %) під час обстеження на первинній консультації, що є одним із найпоширеніших проявів діабетичної ретинопатії (ДР). Середня центральна товщина сітківки становила 412 ± 68 мкм (у групі без ДМН - 268 ± 22 мкм). Кістозні зміни за даними ОКТ виявлено у 79 % випадків; тверді ексудати в макулярній зоні – 62 % пацієнтів з ДМН. Частота ДМН була статистично вищою у пацієнтів із тривалістю діабету 2 типу понад 10 років ($p < 0.05$).

Висновки. Частота ДМН серед пацієнтів із ЦД 2 типу становить понад третину обстежених. На ОКТ можна побачити три основні структурні зміни: набряк сітківки, кістозний макулярний набряк та субретинальна рідина. Центральна товщина сітківки, більше 300 мкм є значущим діагностичним показником ДМН. Макулярне сканування дозволяє швидко та точно ідентифікувати навіть ледь помітні ділянки потовщення, а також визначати кількісні показники для різних ділянок. Рання діагностика сприяла своєчасному призначенню анти-VEGF терапії, лазерного лікування та стабілізації зорових функцій.

Ключові слова: діабетичний макулярний набряк, оптична когерентна томографія, центральна товщина сітківки.

ВАЛІДАЦІЯ ОПТИЧНОГО 3D-СКАНУВАННЯ ОБЛИЧЧЯ ВІДНОСНО КТ НА ОСНОВІ РЕЄСТРАЦІЇ ТА КАРТИ ВІДСТАНЕЙ

Довгань А. І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Паливода Р. С.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: при проведенні щелепно-лицевого протезування точне відтворення геометрії рельєфу м'яких тканин обличчя визначає якість планування й виготовлення епіпротезів. Найкомфортнішим методом отримання такої інформації є сканування обличчя; на ринку доступні сканери різних виробників.

Мета роботи: провести порівняльний аналіз доступних на ринку України 3D-сканерів обличчя за показниками точності, стабільності та тривалості сканування відносно референсної 3D-моделі, сегментованої з комп'ютерної томографії (КТ).

Матеріали та методи дослідження: клінічний етап проведено на одному добровольці протягом одного дня. Встановлено три рентгеноконтрастні маркери Suremarks DentalMark у зоні найменш рухомої шкіри при мімічних рухах (скроневі ділянки, перенісся). КТ виконано на апараті Planmeca ProMax 3D Mid (Planmeca, Фінляндія). У програмі 3D Slicer (v5.10.0) проведено сегментацію КТ-даних з формуванням референсної поверхні. Сканування виконано 3D-сканерами: Shining 3D Metismile, Creality CR-Scan Raptor Pro, RAYFace Facial Scanner, Revopoint Miraco Pro, Planmeca ProMax 3D ProFace, Qlone Dental App (iPhone, iPad). Для кількісної оцінки застосовано CloudCompare (v2.14.alpha), Microsoft Excel (v16.95.3) та Jamovi (v2.6.45.0) з аналітичним кодом у Rj-Editor.

Результати: стандартне відхилення склало: Shining 3D Metismile – 0,216 мм; Creality CR-Scan Raptor Pro – 0,265 мм; RAYFace – 0,314 мм; Revopoint Miraco Pro – 0,462 мм; Planmeca ProFace – 0,500 мм; Qlone (iPad – 1,568 мм; iPhone – 2,300 мм). За стабільністю скану лідирували Shining 3D Metismile (0,976 мм) і Creality (1,248 мм); Revopoint (1,426 мм) та RAYFace (1,443 мм) мали близькі значення; Planmeca ProFace (2,246 мм) показала вищу варіабельність; Qlone – найгірші значення (iPad – 5,791 мм; iPhone – 6,870 мм). Частка точок ≤ 2 мм: RAYFace – 98,7 %; Creality – 98,2 %; Shining 3D Metismile – 97,9 %; Revopoint – 97,5 %; Planmeca ProFace – 92,9 %; Qlone (iPad – 58,1 %; iPhone – 43,8 %). Фінальна середньоквадратична похибка підтвердила тенденцію точності: Shining 3D Metismile – 0,288 мм; Creality – 0,328 мм; RAYFace – 0,452 мм; Revopoint – 0,539 мм; Planmeca ProFace – 0,614 мм; Qlone (iPad – 1,810 мм; iPhone – 3,061 мм).

Висновки: у межах обраної стандартизованої зони інтересу (ROI) Shining 3D Metismile та Creality CR-Scan Raptor Pro показали найменші похибки й найвищу стабільність поверхонь. Revopoint Miraco Pro та RAYFace Facial Scanner продемонстрували високу клінічну придатність у прийнятному діапазоні відхилень. Planmeca ProMax 3D ProFace має прийнятну точність, але меншу стабільність у проблемних ділянках. Qlone Dental App (iPad/iPhone) характеризується суттєво більшими відхиленнями й нижчим відсотком відповідності порогу, тому використання для високоточних реконструктивних задач обмежене.

Ключові слова: 3D-сканування обличчя, комп'ютерна томографія, щелепно-лицеве протезування, валідація, точність.

КАЛЬЦІЙ-ФОСФАТНА КЕРАМІКА, ЛЕГОВАНА ГЕРМАНІЄМ, У ПОЄДНАННІ З МЕЗЕНХІМАЛЬНИМИ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ – ПОХІДНИМИ НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ З ВІБРИСА КРОЛЯ: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ РЕГЕНЕРАЦІЇ ЩЕЛЕПИ КРОЛЯ

Жмурко А. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Паливода Р. С.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: лікування кісткових дефектів щелепно-лицевої ділянки залишається складною клінічною задачею. Використання кісткових трансплантатів і замінників зросло у зв'язку з розвитком дентальної імплантології, однак існуючі матеріали мають високу вартість, обмежену ефективність за несприятливих умов та переважно є остеокондуктивними. Тому актуальним є пошук біоматеріалів із вираженим остеоіндуктивним потенціалом, зокрема за допомогою використання мезенхімальних стовбурових клітин.

Мета роботи: оцінити вплив різних матеріалів з біоактивної кераміки на життєздатність мультипотентних мезенхімальних стромальних стовбурових клітин-похідних нервового гребеня (МССК-ПНГ), отриманих з вібриса кроля та порівняти регенерацію кістки щелеп кролів при заміщенні дефекту двофазною кальцій-фосфатною керамікою, легованою германієм 1 % (ДКФКлGe 1 %) з додаванням і без додавання МССК-ПНГ.

Матеріали та методи дослідження: було досліджено 9 зразків матеріалів з біоактивної кераміки (№ 1 – гідроксиапатит (Г), № 2 – ГлGe 1 %, № 3 – ГлGe 1,5 %, № 4 – ДКФК, № 5 – ДКФКлGe 1 %, № 6 – ДКФКлGe 1,5 %, № 7 – ДКФК, легована діоксидом кремнію (ДКФКлSiO₂), № 8 – ДКФКлSiO₂ (пром), № 9 – ДКФК+SiO₂ (відм)). Для дослідження in vivo було використано 30 сертифікованих лабораторних кролів, які були поділені на основну групу (1 група) – дефект заміщувався КФКлGe 1 % + МССК-ПНГ та контрольну групу (2 група), де дефект заміщувався КФКлGe 1 %. Експеримент полягав у створенні критичного бікортикального дефекту щелепи кроля діаметром 7 мм з подальшим його заміщенням. В післяопераційному періоді кролям було введено «Біцилін-3» внутрішньом'язово для попередження післяопераційної інфекції. Всі тварини були піддані евтаназії на 21, 42 та 90 добу (5 тварин на точку спостереження). Після чого у кожній тварині з ділянки дефекту було проведено забір матеріалу для гістологічного, морфометричного та статистичного дослідження.

Результати: встановлено, що найбільш життєздатними після засіву виявилися МССК-ПНГ при ко-культивуванні зі зразками № 3 – ГлGe 1,5 % № 5 – КФКлGe 1 %, № 7 – ДКФКлSiO₂. На 21 добу відмінність в ширині новоутворених трабекул не була статистично значимою ($p=0,28$) $96,7 \pm 25,7$ мкм в 2 групі і $48,6 \pm 6,2$ мкм в 1 групі. На 42 добу ширина новоутворених трабекул у 2 групі ($118,0 \pm 46,3$ мкм) була на 41,5 % більшою, ніж у 1 групі ($69,01$ мкм $\pm 5,97$ мкм) ($p=0,01$). На 90 добу ширина трабекул у 2 групі ($98,9 \pm 27,2$ мкм) була на 32,3 % більшою, ніж у 1 групі ($66,996 \pm 10,8$ мкм) ($p=0,03$).

Висновки: у експерименті на кролях ДКФКлGe 1 % продемонструвала кращу ефективність як кістковий замінник порівняно з поєднанням із МССК-ПНГ. Додавання МСК не забезпечило очікуваного покращеного результату. Це доводить, що імплантовані клітини, дійсно, є надто вимогливими до локальних біологічних умов та механічного навантаження та створює потенцію до подальших наукових досліджень.

Ключові слова: кераміка, германій, трабекули, стовбурові клітини, регенерація.

РЕГІОНАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ ТА ПАРАТОНЗИЛЯРНИЙ АБСЦЕС ЗА 2025 РІК

Защитинська Х. В.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН та НАПН України, д.мед.н, професор Науменко О. М.
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М. В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: гострий тонзиліт (ГТ) та його ускладнення паратонзиллярний абсцес (ПТА) є одними з найпоширеніших інфекційних захворювань отоларингологічного профілю, які значно впливають на громадське здоров'я. Актуальність вивчення регіональної захворюваності на ці патології обумовлена їх поширеністю, ймовірністю тяжких ускладнень (сепсис та парафарингеальний абсцес), а також змінами в захворюваності, спричиненими пандемією COVID-19, війною та світовими тенденціями антибіотикорезистентності.

Мета роботи: визначити сезонні закономірності захворюваності на гострий тонзиліт та паратонзиллярний абсцес в Броварському районі.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективне дослідження за період січень-грудень 2025 року в КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня». До дослідження включалися дані пацієнтів з підтвердженим діагнозом гострого тонзиліту або паратонзиллярного абсцесу. Інформація збиралася з електронних медичних карток пацієнтів, журналів стаціонарного відділення. Для кожного випадку захворювання фіксувалися демографічні дані: вік, стать пацієнта. Клінічні дані включали точну дату встановлення діагнозу, основний діагноз (гострий тонзиліт чи паратонзиллярний абсцес), етіологічний тип тонзиліту за наявності відповідної інформації (стрептококовий, вірусний або невстановлений), результати мікробіологічних досліджень у випадках їх проведення, наявність ускладнень та відомості про попередні епізоди тонзиліту в анамнезі.

Результати: проведено ретроспективне дослідження за період 2024-2025 роки в місті Бровари. Було проаналізовано 82 історії хвороби пацієнтів з діагнозом гострий тонзиліт та/або паратонзиллярний абсцес. Дослідження підтвердило виражену сезонність захворюваності на гострий тонзиліт та паратонзиллярний абсцес в регіоні Київщини за 2025 рік, з піком у зимово-весняний період та мінімумом улітку. Частка ускладнень (11,0 %) та сильна кореляція між патологіями ($r=0,82$, $p<0,001$) підкреслюють роль ПТА як частого ускладнення ГТ. Незалежними факторами ризику виявилися чоловіча стать (OR 1,30) та рекурентний тонзиліт (OR 1,49), з вираженою гетерогенністю ефектів за віком та статтю. Пацієнти з ПТА мали коротшу госпіталізацію (медіана 6 днів та 7 днів для ГТ, $p=0,001$).

Висновки: встановлено виражену сезонність захворюваності на гострий тонзиліт та паратонзиллярний абсцес з піком у зимово-весняний період та мінімумом влітку.

Ключові слова: гострий тонзиліт, паратонзиллярний абсцес, сезонність, епідеміологія, бета-гемолітичний стрептокок, ускладнення тонзиліту, глотка, верхні дихальні шляхи.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ВИГОТОВЛЕННЯМ ПРОТЕЗА ОБТУРАТОРА В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Ібрагімов Н. Е.

Науковий керівник: PhD, асистент хірургії Філоненко Д. О.
Кафедра щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: у сучасній ері онкохірургії голови та шиї результати, що виходять за межі виживаності, є не менш важливими показниками у оцінюванні успішності лікування. За даними Національного

інституту рака за 2024 рік було проведено 55 резекцій верхньої щелепи. На сьогодні питання ведення пацієнтів після резекції верхньої щелепи у ранньому післяопераційному періоді є відкритим через значну морбідність внаслідок проведеного оперативного втручання, порушенням базових функцій організму, та потребує подальшого вивчення та порівняльного аналізу.

Мета роботи: оцінити якість життя пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді після резекції верхньої щелепи. Адаптувати методику виготовлення тимчасового протеза-обтуратора.

Матеріали та методи дослідження: проведено опитування 50 пацієнтів, яким було проведено резекцію верхньої щелепи, задля оцінки якості життя. Опитувальник містив 14 питань, відповідь на які була у вигляді шкали від 1 до 10. Пацієнтів, що були опитані розділено на 2 групи: ті, яким було встановлено інтраопераційно захисну пластину, та ті, яким не було її встановлено. Створено шкалу оцінки якості життя, та за результатами опитування оцінено якість життя кожного опитаного (задовільна, середня та низька). Досліджено методику цифрового протоколу виготовлення тимчасового протеза-обтуратора.

Результати: за даними опитування отримали такі результати: у групі пацієнтів, яким не було встановлено захисну пластину інтраопераційно, що становила 35 осіб, за шкалою оцінювання якості життя становила у 3 пацієнтів – задовільна, у 5 пацієнтів – середня, у 29 пацієнтів – низька. У групі пацієнтів яким було встановлено інтраопераційно захисну пластину, що становила 7 осіб якість життя відповідала показнику задовільна всіх пацієнтів даної групи.

Висновки: за результатами даного дослідження зроблено висновок про важливість використання резекційної пластини у ранньому післяопераційному періоді після резекції верхньої щелепи, адже її застосування значно покращує якість життя даної групи пацієнтів. Саме тому, ми рекомендуємо як стандарт виготовлення та встановлення тимчасового протеза-обтуратора у ранньому післяопераційному періоді після резекції верхньої щелепи.

Ключові слова: протез-обтуратор, резекційна пластина, післяопераційний період.

ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ МІКРОРНК 146-A ТА 146A5P/IRAK1 В ПРОГРЕСУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ

Кір'ян Є. П.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шаргородська І. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: цукровий діабет 2 типу є широко поширеним захворюванням, а очні ускладнення цукрового діабету – однією з основних причин втрати зору у світі. Можливості прогнозування розвитку та перебігу діабетичних змін органу зору обмежені. Молекулярні та генетичні механізми патологічних змін при діабетичній ретинопатії складні та недостатньо вивчені, ризик виникнення даного ускладнення є багатофакторним (генетичні, епігенетичні чинники, вплив зовнішнього середовища, харчування тощо).

Мета роботи: підвищення ефективності діагностики та прогнозування перебігу діабетичної ретинопатії у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу після хірургічного лікування катаракти шляхом встановлення діагностичної та прогностичної ролі мікроРНК 146-а та 146a5p/irak1 в прогресуванні захворювання.

Матеріали та методи дослідження: загальноклінічні, клініко-лабораторні, статистичні. Було проведено огляд літератури з теми з використанням електронних ресурсів: PubMed, ScienceDirect, Scopus, and Web of Science Core Collection Згідно багатьох досліджень мікроРНК відіграють важливу роль у вуглеводному обміні, імунних реакціях та регуляції запалення й розвитку судинних ускладнень.

Результати: обстежено та проведено забір внутрішньоочної рідини у пацієнтів з різними стадіями діабетичної ретинопатії (проліферативною, препроліферативною та непроліферативною) та групою контролю, визначення рівнів вмісту мікроРНК – 146а та 146a5p/irak1 за допомогою молекулярно-генетичного методу, отримані дані проходять статистичну обробку.

Висновки: мікроРНК – 146a та 146a5p/irak1 відіграють важливу роль в патогенезі цукрового діабету та розвитку його мікросудинних ускладнень, подальші дослідження необхідні, оскільки багато аспектів залишаються невизначеними.

Ключові слова: цукровий діабет, мікроРНК, діабетична ретинопатія.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КРОСЛІНКІНГА РОГІВКИ З ЛАЗЕРНИМ ВИДАЛЕННЯМ ЕПІТЕЛІУ У ХВОРИХ НА КЕРАТОКОНУС

Князєва С. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцентка Скрипниченко І. Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоєдов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: одним з актуальних питань сучасної офтальмології є підвищення ефективності лікування кератоконусу. Кератоконус є прогресуючим дегенеративним захворюванням рогівки, що призводить до її витончення, асферичності та деформації, значного зниження зорових функцій та інвалідності. За даними сучасних скринінгових досліджень кератоконус зустрічається у загальній популяції з частотою 1 випадок на 700 осіб. «Золотим стандартом» лікування прогресуючого кератоконусу є ультрафіолетовий (УФ) крослінкінг колагену рогівки. Існує декілька протоколів крослінкінгу колагену рогівки. Стандартний УФ крослінкінг колагену рогівки виконується за «Дрезденським протоколом». Протоколи крослінкінгу колагену рогівки постійно удосконалюються, розробляються нові комбіновані технології лікування кератоконусу.

Мета роботи: ефективність застосування УФ крослінкінгу колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію у хворих на кератоконус.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано результати УФ крослінкінгу колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію у хворих на кератоконус. Під спостереженням було 24 пацієнта (33 ока): 20 чоловіків та 4 жінок віком 18-55 років із діагнованим кератоконусом. На 23 очах був кератоконус 2 стадії, на 10 очах – кератоконус 3 стадії. Пацієнтам проводили наступне офтальмологічне обстеження: рефрактометрія, візіометрія, пахіметрія, пневмотонометрія, офтальмоскопія, кератотопографія з aberометрією, біомікроскопія. Всім пацієнтам було виконано УФ крослінкінг колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію. Пацієнтів обстежували до та через 3 місяці після крослінкінгу колагену рогівки.

Результати: через 3 місяця після проведення УФ крослінкінгу колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію середні показники некоригованої та максимально коригованої гостроти зору у хворих на кератоконус підвищилися: некоригована гострота зору з 0.20 ± 0.06 до 0.32 ± 0.08 ($p < 0,05$); максимально коригована гострота зору з 0.25 ± 0.06 до 0.60 ± 0.10 ($p < 0,05$). Через 3 місяці після проведення УФ крослінкінгу колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію у хворих на кератоконус не відмічено значного стоншення середньої товщини рогівки: до проведення крослінкінгу колагену рогівки середня товщина рогівки складала 462 ± 5 мкм, після проведення 457 ± 5 мкм.

Висновки: таким чином, УФ крослінкінг колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію не призводить до зміни товщини рогівки. У всіх пацієнтів відмічене підвищення гостроти зору. Отримані дані свідчать про ефективність застосування УФ крослінкінгу колагену рогівки з лазерним видаленням епітелію у хворих на кератоконус.

Ключові слова: кератоконус, крослінкінг, гострота зору, пахіметрія.

ЛАЗЕРНА КОРЕКЦІЯ МІОПІЇ: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИК LASIK та FEMTO-LASIK

Ковальчук Д. В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Конах В. М.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: міопія є одним із найпоширеніших порушень рефракції та важливою медико-соціальною проблемою сучасної офтальмології. Поширеність короткозорості у світі має тенденцію до зростання, особливо серед осіб молодого віку. Сучасні методи ексимерлазерної корекції дозволяють ефективно усунути рефракційну аномалію шляхом зміни кривизни рогівки. Класична технологія LASIK широко застосовується у рефракційній хірургії та демонструє високі функціональні результати. Водночас впровадження фемтосекундних лазерів дало змогу удосконалити техніку формування рогівкового клаптя, що стало основою методики Femto-LASIK. Порівняльна оцінка ефективності та безпеки цих методів є важливою для вибору оптимальної тактики хірургічної корекції міопії.

Мета роботи: провести порівняльний аналіз ефективності, безпеки та швидкості зорової реабілітації після застосування методик LASIK та Femto-LASIK у пацієнтів з міопією різного ступеня.

Матеріали та методи дослідження: цільова група: 40 пацієнтів 80 очей віком 18-45 р. з міопією від -0.50 до -6.50, простим міопічним астигматизмом до -0.75, з ВОТ 14-20 мм рт. ст. Досліджуваних було розділено на 2 групи відповідно до проведеного способу лазерної корекції: перша група – 20 пацієнтів 40 очей, з пахіметрією 550-580 мкм – Lasik; друга – 20 пацієнтів 40 очей, з пахіметрією 490-550 мкм – Femto Lasik. Для визначення результату операцій проведено аналіз наступних показників: гострота зору до та після корекції у динаміці у відповідні терміни (на наступний день, через місяць), ВОТ до та після втручання, кератометрію, топографію рогівки, пахіметрію.

Результати: у післяопераційному періоді у пацієнтів обох груп відзначалося значне підвищення некоригованої гостроти зору. Уже на наступний день після оперативного втручання більшість пацієнтів першої групи продемонстрували такі результати 0.7-1.0 з невеликими скаргами на легку «затуманеність» і коливання гостроти зору протягом дня. Друга група мала такі результати – 0.9-1.0. Через один місяць після операції у більшості досліджуваних було досягнуто стабільної високої гостроти зору без додаткової оптичної корекції 0.9-1.0. У групі Femto-LASIK спостерігалось швидше відновлення зорових функцій у ранньому післяопераційному періоді. За даними кератотопографії та пахіметрії відзначалася висока точність формування рогівкового клаптя та стабільність рефракційного результату. У групі LASIK також отримано високі показники ефективності, однак формування клаптя за допомогою механічного мікрокератому супроводжувалося більшою варіабельністю його товщини. Показники внутрішньоочного тиску після оперативного втручання залишалися у фізіологічних межах в обох групах. Частота післяопераційних ускладнень була низькою.

Висновки: використання методу Femto-LASIK характеризується швидшим відновлення зорових функцій, більш високою точністю формування рогівкового клаптя та контролем його товщини і локалізації, що значно знижує ризик інтраопераційних і післяопераційних ускладнень порівняно з механічним способом формування клаптя при LASIK. Метод може бути більш доцільним у пацієнтів з відносно тонкою рогівкою.

Ключові слова: міопія, гострота зору, лазерна корекція зору.

ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Козак Б. М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Скрипник Р. Л.
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д. Г.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: діабетична ретинопатія (ДР) є вагомим ускладненням цукрового діабету (ЦД) та однією з першочергових причин сліпоти у людей працездатного віку. Сучасні генетичні дослідження дозволяють ідентифікувати специфічні гени та їх поліморфізми, які залучені до процесів ангиогенезу, оксидативного стресу, запалення та судинної проникності, що призводять до розвитку діабетичної ретинопатії та інших судинних ускладнень. Впровадження генетичних маркерів розвитку і прогресування діабетичної ретинопатії у клінічну практику індивідуалізує підхід та підвищує ефективність ведення пацієнтів даної категорії.

Мета роботи: дослідження було спрямоване на визначення генетичних маркерів, що впливають на виникнення, розвиток та ускладнення діабетичної ретинопатії у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 62 хворих на цукровий діабет 2-го типу. Всі пацієнти розподілені на 2 групи в залежності від наявності або відсутності діабетичної ретинопатії. Середній вік пацієнтів, включених у дослідження, становив 52,3+/-8,6 років. У всіх пацієнтів детально аналізувались анамnestичні дані виникнення та прогресування ЦД та ДР. Окрім стандартних офтальмологічних обстежень виконувалась оптична когерентна томографія та ідентифікація поліморфізмів методом ПЛР. Визначались обидва варіанти поліморфізму rs759853 гена AKR1B1: алель G і алель A, яка вважається пов'язана з ризиком виникнення ускладнень.

Результати: поліморфізм rs 759853 гена AKR1B1 у гетерозиготному стані (генотип GA) зустрічався значно частіше у хворих, з наявністю діабетичної ретинопатії. При аналізі пацієнтів з ЦД 2-го типу у яких не виявлено поліморфізму rs 759853 гена AKR1B1 звертає на себе увагу більш легкий перебіг ЦД з меншою кількістю ускладнень не залежно від тривалості захворювання в обох групах. Пацієнти з проліферативною ретинопатією характеризувались тривалішим перебігом захворювання, гіршою компенсацією діабету та підвищеними рівнями інтерлейкіну-6 і фактора некрозу пухлин альфа.

Висновки: отримані дані підтверджують важливість визначення генетичних маркерів, а саме поліморфізму rs759853 гена AKR1B1, у хворих на ЦД. Подальше вивчення таких предикторів створює можливості для більш ефективних діагностичних та терапевтичних стратегій у пацієнтів з ДР.

Ключові слова: діабетична ретинопатія, цукровий діабет, генетичні маркери, поліморфізм, AKR1B1.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕНІНГІОМ КРИЛ ОСНОВНОЇ КІСТКИ

Марущенко М. О., Молотковець В. Ю., Коломієць Н. А.

Науковий керівник: PhD, асистент кафедри Молотковець В. Ю.
Кафедра нейрохірургії
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, академік НАН та НАМН України Цимбалюк В.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова НАМН України»
м. Київ, Україна

Актуальність: менінгіоми складають до 30 % всіх внутрішньочерепних пухлин, при цьому менінгіоми крил основної кістки (МКОК) мають одну із найскладніших локалізацій та у 40-50 % випадках супроводжуються формуванням гіперостозів, що впливають на тактику лікування, об'єм втручання, потенційну частоту рецидиву та обумовлюють актуальність дослідження даної теми.

Мета роботи: проаналізувати сучасний стан вивчення проблеми МКОК, ускладнених формуванням гіперостозу, та на основі клінічного матеріалу окреслити шляхи оптимізації хірургічної тактики у пацієнтів із МКОК.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано результати діагностики та хірургічного лікування 55 пацієнтів із МКОК, прооперованих у відділенні позамозкових пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМНУ» у 2025-2026 рр.. Для верифікації діагнозу усім пацієнтам було проведено МРТ та КТ головного мозку із внутрішньовенним контрастуванням, та 22 пацієнтам – КТ-ангіографію. Субтотальне видалення пухлини було проведено у 12 випадках, часткова резекція – у 4. За результатами патогістологічної верифікації менінгіому Grade I ступеню виявлено у 12 пацієнтів, Grade II – у 42, Grade III – у 1.

Результати: виявлено, що гіперостоз має позитивну кореляцію при локалізації МКОКу на основі черепа та найбільш часто зустрічається при конвексимальному та сфеноїдальному розташуванні і проявляється гіперплазією кісткової тканини, що прилягає до менінгіоми, або/та інвазією кісткової тканини пухлиною. У 16 пацієнтів менінгіоми локалізувалися у ділянці клиноподібної кістки з інвазією кавернозного синуса, у всіх випадках мали відношення до структур орбіти, у 16 випадках поширювалося до синоназальної ділянки. Поступово прогресуючу втрату гостроти зору, диплопію, окорухові порушення, гіпо-/аносмію, виділення із носових ходів, навколоорбітальний набряк, екзофтальм виявлено у 49 пацієнтів, загально мозкову та вогнищеву симптоматику – у 52. У всіх випадках проводилося радикальне хірургічне лікування із використанням птеріонального або фронтально-темпорально-орбіто-зигматичного доступу до пухлини із видаленням м'якотканинного компоненту, уражених гіперостозом ділянок кістки, декомпресією прилеглих черепних нервів та магістральних судин. Реконструкція післяопераційного дефекту була проведена 12 пацієнтам при поширенні пухлини конвексимально із деструкцією кісткових структур. Враховуючи результати гістологічного дослідження тканини пухлини та ступінь гіперостозу, 16 пацієнтам була рекомендована подальша променева терапія.

Висновки: при хірургічному лікуванні МКОК слід намагатися досягнути тотального видалення пухлини, включно із гіперостозами з метою зниження частоти рецидиву, а при неможливості – виконати максимально можливу декомпресію суміжних судин та нервів із подальшим курсом променевої терапії. Хірургічними доступами вибору при видаленні МКОК слід вважати птеріональний та фронтально-темпорально-орбіто-зигматичний. Використання неадекватних доступів ускладнює закриття дефекту черепа та збільшує ризик післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: менінгіома, гіперостоз, клиноподібна кістка.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПСЕВДОЕКСФОЛІАТИВНОЇ ГЛАУКОМИ

Колот Н. М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шаргородська І. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: глаукома відноситься до мультифакторного нейродегенеративного захворювання, яке вражає зоровий нерв, викликає зміни в дренажній системі ока, характеризується постійною прогресуючою втратою гангліозних клітин сітківки, зниженням світлочутливості, що призводить до необоротної втрати зору. За прогнозом, до 2040 року більш ніж 100 млн людей у світі будуть вражені на глаукому і можуть осліпнути [1]. Не менш важливою проблемою є розвиток псевдоексфолиативного синдрому (ПЕС) – системного розладу, що сприяє накопиченню дегенеративного позаклітинного матеріалу в різних тканинах організму та структурах ока і призводить до характерних очних проявів [2]. Визначено, що ПЕС може бути початком розвитку вторинної псевдоексфолиативної глаукоми (ПЕГ), яка відноситься до категорії складних рефрактерних глауком.

Мета роботи: визначення можливих молекулярно-генетичних предикторів псевдоексфолиативного синдрому, що впливають на розвиток і прогресування псевдоексфолиативної глаукоми.

Матеріали та методи дослідження: проведено аналіз сучасної наукової літератури з визначенням проблеми епідеміології, патогенезу, діагностики та сучасних підходів до лікування псевдоексfolіативної глаукоми.

Результати: аналіз досліджень свідчить, що ПЕС – характеризується утворенням відкладень білих лускатих часток на передній поверхні кришталика, райдужної оболонки, структурах кута передньої камери та дренажної системи ока, що може в подальшому спричинити розвиток катаракти, глаукоми, ендотеліальної дисфункції та дистрофії рогівки. Повний перелік етіологічних чинників ПЕС досі не з’ясований, однак генетична сприйнятливості на сьогодні підтверджується численними дослідженнями.

Продемонстрована роль ферменту лізілоксидази 1 (LOXL1), що секретується фібробластами та гладком’язовими клітинами. Відомо, що LOXL1 бере участь у зшиванні колагенових і еластинових волокон у позаклітинному матриксі. Дослідження демонструють, що кілька однонуклеотидних поліморфізмів (SNP) у цьому гені можуть бути пов’язані з ПЕС [3].

Ряд інших дослідників доводять, що зменшення вираженості двох варіантів гена Fibulin-5 (FBLN5), які кодують білок позаклітинного матриксу, асоціюється з високим ризиком розвитку ПЕГ [4].

Відкладення при ПЕС складаються з різних позаклітинних, молекулярних і мембранних білків і ферментів, які включають тропоеластин, фібрилін-1, еластин, LOXL1, амілоїд, фібулін, вітронектин, клас-терин тощо [5]. Генетичні мутації, які спричиняють порушення регуляції та продукцію цих компонентів, потенційно можуть бути важливими для генетичної сприйнятливості до ПЕС та ПЕГ.

Висновки: аналіз сучасних досліджень свідчить, що фактори, які пов’язані з підвищеним окислювальним стресом, утворенням вільних радикалів, порушенням кровоносного бар’єру та обмеженими механізмами антиоксидантного захисту, відіграють важливу роль в етіології та патогенезі розвитку ПЕС та ПЕГ. Визначення можливих предикторів розвитку та прогресування ПЕС і ПЕГ має велике науково-практичне значення для сучасної офтальмології, оскільки є першим кроком в формуванні персоналізованого менеджменту ведення даної категорії пацієнтів задля упередження розвитку системних захворювань і формуванні заходів профілактики розвитку сліпоти.

Ключові слова: псевдоексfolіативна глаукома, генетичні предиктори, позаклітинний матрикс.

Список літератури:

1. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2014;121(11):2081-2090. doi: 10.1016/j.optha.2014.05.013.
2. Mastronikolis S, Pagkalou M, Baroutas G, Kyriakopoulou K, Makri OE, Georgakopoulos CD, et al. Pseudoexfoliation syndrome: The critical role of the extracellular matrix in pathogenesis and treatment. *IUBMB Life*. 2022;74(10):995-1002. doi: 10.1002/iub.2606.
3. Elhawy E, Kamthan G, Dong CQ, Danias J. Pseudoexfoliation syndrome, a systemic disorder with ocular manifestations. *Hum Genomics*. 2012;6(1):22. doi: 10.1186/1479-7364-6-22.
4. Kapuganti RS, Bharati B, Mohanty PP, Alone DP. Genetic variants and haplotypes in fibulin-5 (FBLN5) are associated with pseudoexfoliation glaucoma but not with pseudoexfoliation syndrome. *Biosci Rep*. 2023;43(3):BSR20221622. doi: 10.1042/BSR20221622.Challa
5. P, Johnson WM. Composition of Exfoliation Material. *J Glaucoma*. 2018;27(Suppl 1):S29-S31. doi: 10.1097/IJG.0000000000000917.

ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА МОЗКУ ТА СПИННОМУ МОЗКУ

Кормілець Р. С.

Науковий керівник: викладач закладу вищої освіти Андрійчук М. Д.
Кафедра медичної і біологічної фізики та інформатики
Завідувач кафедри: д.пед.н., к.фіз.-мат.н., професор Стучинська Н. В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: післяопераційна реабілітація пацієнтів із ураженнями головного та спинного мозку потребує тривалого, системного та індивідуалізованого підходу. Сучасні цифрові технології, зокрема

мобільні додатки, відкривають нові можливості для підвищення ефективності відновлення, забезпечення безперервності терапії та самоконтролю пацієнтів.

Мета роботи: дослідити ефективність використання мобільних додатків у процесі реабілітації пацієнтів після нейрохірургічних втручань.

Матеріали та методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, узагальнення клінічного досвіду, порівняльний аналіз традиційних і цифрових методів реабілітації, спостереження за динамікою відновлення пацієнтів із використанням мобільних технологій.

Результати: встановлено, що використання мобільних додатків сприяє підвищенню мотивації пацієнтів до виконання реабілітаційних вправ, покращує контроль за дотриманням режиму занять та забезпечує зворотний зв'язок із фахівцем. Додатки дозволяють індивідуалізувати програму відновлення, відстежувати функціональний стан пацієнта та коригувати навантаження в режимі реального часу. Також відзначено покращення когнітивних функцій, координації рухів та зниження ризику ускладнень.

Висновки: мобільні додатки є ефективним інструментом у комплексній реабілітації пацієнтів після операцій на мозку та спинному мозку. Їх використання підвищує якість відновлення, сприяє автономності пацієнтів та оптимізує взаємодію між пацієнтом і реабілітологом. Доцільним є подальше впровадження цифрових технологій у практику медичної реабілітації.

Ключові слова: реабілітація, мобільні додатки, нейрохірургія, фізична терапія, відновлення, цифрові технології.

РОЛЬ АСТИГМАТИЗМУ В ПРОГРЕСІЇ МІОПІЇ

Король А. М.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: міопія демонструє глобальне зростання поширеності, а її прогресування у дітей є однією з найбільш значущих медико соціальних проблем сучасної офтальмології. Серед факторів ризику особливу увагу привертає астигматизм, який здатний порушувати оптичну якість зображення на сітківці, модифікуючи процес еметропізації. Наявність астигматичного дефокусу посилює нерівномірність стимуляції фовеальних і парафовеальних зон, що потенційно сприяє аксіальному подовженню ока. Це робить оцінку ролі астигматизму важливою складовою профілактики міопічної прогресії.

Мета роботи: оцінити механізми впливу астигматизму на прогресування міопії та визначити клінічні фактори, які можуть посилювати або пом'якшувати цей ефект.

Матеріали та методи дослідження: проведено аналіз сучасних даних щодо типів астигматизму, їхнього впливу на характер ретинального дефокусу, аксіальний ріст та акомодацийне навантаження. Особливу увагу приділено відмінностям між прямим, зворотним та косим астигматизмом у контексті прогресії міопії.

Результати: встановлено, що астигматизм понад 1,0 діоптрії формує нерівномірний дефокус, який погіршує якість зорової стимуляції та прискорює аксіальний ріст. Зворотний астигматизм виявляє найбільш виражений асоційований ризик прогресивної міопії, тоді як при прямому астигматизмі темпи прогресування є нижчими. Додатковим тригером виступає збільшене акомодацийне навантаження, оскільки затримка акомодацийної відповіді в астигматичних очах є більш вираженою. У сукупності ці фактори формують сприятливі умови для прискореного подовження очного яблука.

Висновки: астигматизм є важливим модифікатором ризику прогресування міопії. Найбільш несприятливими є випадки зворотного та високого астигматизму. Усунення астигматичного дефокусу, зменшення акомодацийного навантаження та повноцінна корекція циліндричного компоненту – ключові стратегії уповільнення міопічного процесу. Дані результати підкреслюють необхідність ранньої діагностики та своєчасної торичної корекції у дітей з міопією.

Ключові слова: астигматизм, міопія, ретинальний дефокус, аксіальний ріст, акомодация.

ВМІСТ 25-ГИДРОКСИКАЛЬЦИФЕРОЛА У ПАЦІЄНТІВ З УСКЛАДНЕНОЮ КАТАРАКТОЮ

Красножан О. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Скрипник Р. Л.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: важливими медико-соціальними проблемами офтальмології є катаракта та міопія. В Україні, у структурі поширеності очних захворювань, відзначається зростання частки катаракти з 14,7 % до 15,9 %, міопії – з 4,7 до 12,6 %. Катаракта у поєднанні з міопією зустрічається в 4,5 разів частіше і виникає у молодшому віці, ніж при інших видах рефракції. Дослідження останніх років доводять роль метаболічних порушень у розвитку захворювань очей. Збільшення змін метаболічних процесів в оці призводить до розвитку катаракти у поєднанні з міопією. Важливу роль у підтримці структури сполучної тканини, регуляції процесів запалення, синтезу нейромедіаторів, передачі нервового імпульсу грає 25-гідроксикальциферол. На патогенез розвитку та прогресування ускладненої катаракти впливають зміни рівня 25-гідроксикальциферолу. У розвитку міопії середнього та високого ступеня велике значення мають обмінні, місцеві функціональні та дистрофічні порушення. Розвиток міопії високого ступеня пов'язаний із значним витонченням склери та зниженням у ній кількості колагенових фібрил, порушенням обміну мікроелементів. Даних, щодо вивчення вмісту рівня 25-гідроксикальциферолу у пацієнтів з катарактою у поєднанні з міопією середнього та високого ступеня, у літературі недостатньо, тому було проведено це дослідження.

Мета роботи: визначити рівень вмісту 25-гідроксикальциферолу у пацієнтів з катарактою у поєднанні з міопією середнього та високого ступеня.

Матеріали та методи дослідження: під наглядом знаходилося 118 пацієнтів. Проведено офтальмологічне обстеження та визначення рівня вмісту 25-гідроксикальциферолу у даних пацієнтів. Контрольна група – 38 пацієнтів з катарактою, основна група – 80 пацієнтів з катарактою та міопією середнього та високого ступеня, з них 35 пацієнтів – з міопією середнього ступеня та 45 – з міопією високого ступеня. Критерій включення пацієнтів до основної групи: наявність сферичного компонента рефракції $\geq 3,5$ дптр та (або) наявність передньо-задньої осі ока понад 24 мм.

Офтальмологічне обстеження включало стандартні методи: візометрію, периметрію, тонометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, ехобіометрію, кераторефрактометрію. Для оцінки рівня 25-гідроксикальциферолу визначали концентрацію 25(OH)D у сироватці крові імуноферментним методом.

Результати та обговорення: сферичний еквівалент міопічної рефракції у пацієнтів основної групи становив від $-3,5$ дптр до $-19,00$ дптр ($11,25 \pm 0,59$ дптр). Довжина ПЗВ ока за даними ультразвукової біометрії складала від 24,26 мм до 29,42 мм ($25,51 \pm 0,34$ мм).

Середній вміст 25-гідроксикальциферолу у сироватці крові у обстежених пацієнтів усіх груп знижено порівняно з нормальними показниками. Середній вміст рівня вітаміну 25(OH)D в основній групі становив $13,0 \pm 0,65$ нг/мл. У контрольній групі у пацієнтів з катарактою цей показник був нижчим – $12,1 \pm 2,05$ нг/мл. Отримані результати вмісту 25(OH)D показують, що у більшості пацієнтів з катарактою відзначається дефіцит або значний дефіцит 25-гідроксикальциферолу і лише у 16 % пацієнтів відзначається його недостатність. У групі пацієнтів з міопією середнього та високого ступеня не виявлено пацієнтів із нормальним вмістом 25(OH)D. Суттєвий дефіцит 25-гідроксикальциферолу визначається у всіх пацієнтів з катарактою в групах, що вивчаються, порівняно з середньо статистичною нормою (понад 30 нг/мл). У пацієнтів основної групи частіше відзначається дефіцит 25(OH)D (58,7 %), а контрольній групі – значний дефіцит (55 %). Низький вміст 25(OH)D у пацієнтів з міопією свідчить про комплекс метаболічних змін, які виявляються вже до 60 років.

В результаті дослідження у пацієнтів у підгрупах з міопією середнього та високого ступеня було виявлено високий відсоток дефіциту 25(OH)D. У групі з міопією середнього ступеня дефіцит 25(OH)D відзначався частіше, ніж при міопії високого ступеня відповідно у 65 % та 53 % випадків. Проте виражений дефіцит 25(OH)D визначався частіше у групі з міопією високого ступеня порівняно з пацієнтами середнього ступеня.

Висновки: у пацієнтів з катарактою при поєднанні з міопією середнього та високого ступеня визначається недостатність 25(OH)D у 7,5 % випадків, дефіцит – у 92 % випадків. Рівень вмісту 25(OH)D необхідно враховувати при комплексному обстеженні пацієнтів з ускладненою катарактою для запобігання можливим інтра- та післяопераційним ускладненням.

Ключові слова: катаракта, міопія середнього ступеня, міопія високого ступеня, 25-гідроксикальциферол

АМПЛІТУДА АКОМОДАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОГРЕСУЮЧОЮ МІОПІЄЮ

Крючко О. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шаргородська І. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: за даними наукових досліджень, до 2050 року приблизно 5 мільярдів людей (близько 50 % населення світу) матимуть міопію. Дослідження акомодатії є невід'ємною частиною рутинної оцінки оптометричних функцій з метою визначення умов для забезпечення чіткого фокусування зображень на очному дні. Проксиметрія – найпоширеніший метод дослідження амплітуди акомодатії (АА). Однак відсутність єдиної уніфікованої методи ускладнює повсякденний прийом оптометриста. Забезпечення надійності, повторюваності та достовірності отриманих результатів залишається актуальним питанням сьогоденної оптометричної практики.

Мета роботи: шляхом аналізу співставлення виявлених показників акомодатії у різних вікових груп пацієнтів, які отримані при застосуванні методу вдосконаленої проксиметрії, із загальноприйнятими віковими нормами амплітуди акомодатії по Ховстеттеру, оцінити сучасний стан акомодатії у обстежуваних категорій пацієнтів української популяції.

Матеріали та методи дослідження: розрахунковий, статистичний. В дослідження включено 1420 пацієнтів (1420 очей), з яких 457 чоловіки (32,2 %), 963 жінки (67,8 %), яким було проведено комплексне офтальмологічне обстеження з обов'язковим визначенням АА двома методами. Серед обстежуваних груп пацієнтів – 702 особи (49,4 %) користувалися окулярами, а 718 (50,6 %) -застосовували м'які контактні лінзи. Пацієнти були розподілені на основну групу – 1264 особи та групу порівняння – 156 осіб.

Результати: аналіз отриманих результатів свідчить, що в групі пацієнтів з міопією I ступеню АА виявилася меншою за мінімальну АА по Ховстеттеру у 28 % випадків. У групі пацієнтів, які мали міопією II ступеню АА була меншою за мінімальну АА по Ховстеттеру у 21,9 % випадків. У групі пацієнтів з міопією III АА визначена у 32,0 % випадків меншою ніж мінімальна АА по Ховстеттеру. В той же час, у групі контролю АА виявилася меншою за мінімальну АА по Ховстеттеру у 14,3 % випадків.

Висновки: амплітуда акомодатії у обстежених поточних пацієнтів української популяції з міопією в різних вікових групах у значимому відсотку випадків менша за мінімальну Амплітуду Акомодатії, визначену за методом Ховстеттера у пацієнтів минулого століття. Оскільки стан акомодатії є однією з дієвих складових чинників порушення рефракції, необхідні подальші комплексні динамічні дослідження оптометричних пацієнтів для з'ясування предикторів розвитку і прогресування аномалій рефракції та визначення можливих важелів впливу на їх перебіг.

Ключові слова: міопія, акомодатія, амплітуда акомодатії, проксиметрія

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ЛОР-ПРАКТИЦІ: АКТУАЛЬНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ

Лавриненко В. І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Шумейко О. В.

Кафедра фармакології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Зайченко Г. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: за даними World Health Organization, зростання стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів становить значну загрозу ефективності лікування інфекційних захворювань. У практиці оториноларинголога антибіотики широко використовуються, однак нераціональне використання антибіотиків, їх безконтрольне призначення та самолікування призводять до формування стійких штамів мікроорганізмів.

Мета роботи: аналіз антибіотикорезистентності у ЛОР-практиці, механізмів її розвитку та клінічного значення.

Матеріали та методи дослідження: огляд літератури, систематизація даних. Згідно з сучасними дослідженнями, відзначається зростання ролі грамнегативної флори, а також поява метицилін-резистентних штамів стафілокока, що значно ускладнює лікування. При гострому середньому отиті важливу роль відіграє *Haemophilus influenzae*, значна частина штамів якого продукує β -лактамази, що забезпечує резистентність до ампіциліну. Водночас *Streptococcus pneumoniae* демонструє зростання стійкості до пеніцилінів та макролідів. Формування резистентності мікроорганізмів є складним багатофакторним процесом, що включає: продукцію β -лактамаз, руйнують β -лактамне кільце антибіотиків, знижуючи їх ефективність; зміни у генах бактерій призводять до модифікації мішеней антибіотиків; активний вивід препарату (efflux); формування біоплівки. Фактори, що сприяють резистентності до антибіотиків у біоплівках включають наступні: фізичний бар'єр, що зупиняє антибіотики; загальна стресова реакція: низький метаболічний стан всередині біоплівки, в якому бактерії можуть існувати нескінченно; кворум-сенсор, що дозволяє бактеріям колективно збирати інформацію про щільність своєї спільноти, координувати поведінку спільноти та здійснювати експресію генів; система LuxS/AI-2.

Результати: зростання резистентності має низку важливих несприятливих клінічних наслідків: зниження ефективності стандартної емпіричної терапії, збільшення тривалості захворювання, збільшення частоти ускладнень, необхідність застосування резервних антибіотиків. Сучасні дослідження свідчать, що значна частина збудників синуситів є стійкими до традиційних схем лікування, включаючи амоксицилін / клавуланат.

Висновки: антибіотикорезистентність у ЛОР-практиці є серйозною проблемою, що знижує ефективність лікування інфекцій верхніх дихальних шляхів. Основними чинниками її розвитку є нераціональне застосування антибіотиків, генетична мінливість мікроорганізмів та формування біоплівки. Сучасні підходи до лікування повинні базуватися на принципах доказової медицини, індивідуалізації терапії та раціонального використання антибактеріальних препаратів.

Ключові слова: антибіотикорезистентність, метицилін-резистентний золотистий стафілокок, efflux, кворум-сенсор, біоплівка.

КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ ФАКТОРИ СПОНТАННОГО ЗАГОЄННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ПЕРФОРАЦІЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ ПРИ АКУБАРОТРАВМІ

Ладюкова Д. І.

Науковий керівник: д.мед.н., професорка Дєєва Ю. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: у зв'язку зі зростанням частоти акубаротравми актуальним є визначення факторів, що впливають на спонтанне загоєння перфорацій барабанної перетинки, зокрема їх локалізації, морфологічні характеристики самої барабанної перетинки, наявність в анамнезу супутньої гострої патології вуха та інших клінічних чинників, а також оцінка впливу загоєння перфорації на відновлення слухової функції.

Мета роботи: оцінка клініко-анатомічних особливостей травматичних перфорацій барабанної перетинки, що виникають внаслідок акустичної травми, яка є досить поширеною патологією в умовах сучасних бойових дій.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз клінічних та аудіометричних даних 40 пацієнтів із діагнозом за МКХ10: S09.2 – Травматичний розрив барабанної перетинки, що виникли внаслідок акустичної травми. Усім пацієнтам зібрано анамнез, виконано повний загальний оториноларингологічний огляд, а додаткові методи обстеження: тональну порогову аудіометрію, ендоскопію вуха з оцінкою локалізації перфорації за квадрантами, визначення її розміру, типу, стану країв, а також ендоскопічний огляд носової порожнини.

Результати: травматичні перфорації барабанної перетинки виникають внаслідок впливу потужного імпульсного шуму та баротравматичного фактору під час вибуху, що призводить до ушкодження структур середнього вуха. Спонтанне загоєння перфорації барабанної перетинки відбулося у 18 (45 %) пацієнтів. Найчастіше перфорації локалізувалися у передньо-нижньому квадранті (40 %). Найвища частота загоєння спостерігалася у передніх квадрантах, зокрема у передньо-верхньому (83,3 %) та передньо-нижньому (75 %). Перфорації, що охоплювали ≥ 2 квадрантів, не загоювалися у жодному випадку. Наявність посттравматичного середнього отиту асоціювалася з не закриттям перфорації у 85,7 % випадків. Покращення слуху відзначалося лише у пацієнтів із закриттям перфорації, при цьому середній показник ΔPTA становив 8,5 дБ у групі загоєння.

Висновок: спонтанне загоєння травматичних перфорацій барабанної перетинки залежить від їх локалізації, морфологічних характеристик та наявності посттравматичного середнього отиту. Найбільш сприятливий прогноз спостерігається при ураженні передніх квадрантів, тоді як перфорації, що охоплюють ≥ 2 квадрантів, мають несприятливий перебіг. Закриття перфорації асоціюється з покращенням слухової функції в середньому на 8,5 дБ.

Ключові слова: акустична травма, відновлення слуху, перфорація барабанної перетинки.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ LUND–MACKAY ДЛЯ ОЦІНКИ АСИМЕТРІЇ АРХІТЕКТОНІКИ ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ ПРИ ДЕВІАЦІЇ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

Лазюк С. І., Алпурова А. С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дідковський В. Л.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, України

Актуальність: шкала LUND–MACKAY (LM) широко використовується для кількісної оцінки поширеності запалення при хронічному риносинуситі (ХРС). Однак цей показник не враховує анатомічну асиметрію порожнини носа та приносних пазух, зокрема при викривленні носової перегородки (ВНП). В умовах ВНП вентиляція та дренаж приносних пазух можуть бути порушені асиметрично, що потенційно зумовлює стороно-орієнтовні запальні зміни та вторинне ремоделювання кісткових структур. Недостатня чутливість глобального LM-score до таких морфологічних особливостей може обмежувати його клінічну та дослідницьку інформативність.

Мета роботи: оцінити данні LUND–MACKAY score у пацієнтів із викривленням носової перегородки шляхом аналізу стороно-орієнтовної асиметрії ураження верхньощелепних пазух та її зв'язку з морфометричними показниками і ознаками кісткового ремоделювання.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективне дослідження 25 КТ-досліджень навколоносових пазух дорослих пацієнтів із ХРС та ВНП. Оцінювали: кут девіації носової перегородки, глобальний та парціальні LM-бали (окремо для верхньощелепної та решітчастих пазух), ETHMOID-TO-MAXILLARY RATIO (E/M), а також стороно-орієнтовні показники. Розраховано направлений індекс асиметрії maxillary LM з урахуванням сторони девіації. Додатково оцінювали морфометричні параметри (ширина верхньої щелепи, параметри носової апертури) та напівкількісні ознаки остеїту. Статистичний аналіз включав кореляцію Спірмена, парні та непараметричні міжгрупові тести.

Результати: LM-score не демонстрував статистично значущого зв'язку з величиною ВНП або морфометричними показниками ($p > 0,05$). Натомість направлений індекс асиметрії maxillary LM достовірно корелював із кутом девіації носової перегородки ($\rho = 0,486$; $p = 0,0138$), вказуючи на зростання асиметрії ураження зі збільшенням змін ВНП. ETHMOID-TO-MAXILLARY RATIO та глобальні показники запалення не виявили значущих асоціацій з морфометрією або остеїтом. Ознаки кісткового ремоделювання мали слабкі та нестійкі зв'язки з глобальними запальними індексами.

Висновки: шкала Lund–Mackay score має обмежену чутливість у пацієнтів із викривленням носової перегородки та не відображає стороно-орієнтовний характер запальних змін і морфологічних адаптацій. Направлені індекси асиметрії є більш інформативними для виявлення взаємозв'язку між ВНП та ураженням верхньощелепних пазух. Отримані результати підкреслюють необхідність доповнення стандартних глобальних шкал анатомічно орієнтованими та морфометричними показниками для більш точної оцінки та систематизації ХРС за морфологічними ознаками і прогнозу його впливу на кісткову тканину верхньої щелепи.

Ключові слова: носова перегородка, хронічний риносинусит, LUND–MACKAY score.

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ

Лейченко Ю. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор. Петренко О. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор Назарчук О. А.

Кафедра мікробіології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Ковальчук В. П.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: лазерна корекція зору (LASIK, FEMTOLASIK) є високоефективним методом корекції рефракційних порушень. Будь-яке хірургічне втручання на рогівці пов'язане з ризиком мікробної контамінації. З огляду на зростання поширеності антибіотикорезистентних штамів бактерій, мікробіологічний контроль у перед- та післяопераційному періоді має важливе клінічне значення.

Мета роботи: оцінити стан мікробіоти кон'юнктивального мішка у пацієнтів до та після проведення лазерних рефракційних операцій та визначити динаміку змін очного мікробіому під впливом антибактеріальної профілактики.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 60 пацієнтів (120 очей), яким проведено лазерну корекцію зору методом LASIK або FEMTOLASIK. Забір матеріалу з кон'юнктивального мішка здійснювали перед операцією, на 1-шу та 30-ту добу післяопераційного періоду. Посіви виконували на поживних середовищах для аеробних та факультативно анаеробних мікроорганізмів. Ідентифікацію бактерій проводили за морфологічними ознаками та біохімічними властивостями. Чутливість до антибіотиків визначали диско-дифузійним методом.

Результати: до операції у більшості пацієнтів (85 %) визначали представників нормальної мікрофлори кон'юнктиви: *Staphylococcus epidermidis* – 62 %, *Corynebacterium spp.* – 18 %, *Micrococcus spp.* – 5 %. На першу добу після операції кількість позитивних культур зменшилась на 40 %, що пов'язано із застосуванням місцевих антибактеріальних препаратів (фторхінолонів). До 30-ї доби після операції склад мікробіоти поступово відновлювався до передопераційного рівня. Патогенні мікроорганізми (*S. aureus*, *P. aeruginosa*) виявлено лише у 3 % випадків без клінічних ознак запалення.

Висновки: лазерні рефракційні операції, виконані в умовах суворої асептики, не спричиняють значних довготривалих змін у складі нормальної мікрофлори кон'юнктивального мішка. Тимчасове зменшення кількості коменсальних бактерій є оборотним і не супроводжується підвищеним ризиком інфекційних ускладнень. Регулярний мікробіологічний моніторинг у перед- та післяопераційному періоді дозволяє своєчасно виявляти потенційні патогени та оптимізувати антибактеріальну профілактику.

Ключові слова: лазерна корекція зору, LASIK, FEMTOLASIK, мікробіота кон'юнктивального мішка, антибактеріальна профілактика, мікробіологічний контроль, післяопераційні ускладнення.

Література:

1. Willcox MD. Characterization of the normal microbiota of the ocular surface. Exp Eye Res. 2013;117:99-105. doi: 10.1016/j.exer.2013.06.003.
2. Esen F, Toker E. Microbial keratitis following laser in situ keratomileusis (LASIK): a review of the literature. Clin Ophthalmol. 2013;7:203-210. doi: 10.2147/OPHTH.S38118.
3. Ozkan J, Willcox MD. The Ocular Microbiome: Molecular Characterisation of a Unique and Low Microbial Environment. Curr Eye Res. 2019;44(7):685-694. doi: 10.1080/02713683.2019.1570526.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ НАБУТОЇ СПІВДРУЖНОЇ ЕЗОТРОПІЇ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ ПРИ ТРИВАЛОМУ ВИКОРИСТАННІ ЦИФРОВИХ ПРИСТРОЇВ

Літинська В. А.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Петренко О. В.
Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти
Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: широке використання цифрових пристроїв супроводжується зростанням поширеності міопії та випадків гострої набутої співдружної езотропії (acute acquired comitant esotropia, AACE) із дистанційною диплопією. Пандемія COVID-19 і діджиталізація призвели до збільшення тривалості зорового навантаження, що може сприяти декомпенсації бінокулярної системи.

Мета роботи: оцінити клінічні особливості AACE у молодих пацієнтів за умов інтенсивного використання цифрових дисплеїв.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 50 пацієнтів (18–45 років) з AACE та скаргами на диплопію вдалину. Аналізували демографічні показники, рефракцію та тривалість екранного навантаження (за опитувальником). Проводили страбометрію (призматичний альтернуючий cover-test) у повній корекції на 5 м і 33 см. Оцінювали бінокулярний зір (тест Уорса, червоний фільтр), фузійні резерви (мікропризми Френеля), найближчу точку конвергенції (NPC) та AC/A ratio.

Результати: жінки становили 66 % (n=33), чоловіки – 34 % (n=17); середній вік – 33,1 року. Переважала міопія (середній сферичний еквівалент $-3,7$ D; від 0 до $-8,0$ D). У всіх пацієнтів виявлено перехрещену бінокулярну диплопію. Середній кут ездевіації вдалину становив 21,2 PD, зблизька – 13,8 PD; різниця – 7,3 PD, що відображає перевагу девіації на відстані. Виявлено зниження негативної фузійної вергенції при відносно збереженій позитивній. NPC переважно в межах норми або незначно віддалена (8–10 см). AC/A ratio – у межах норми або помірно знижений (3–4 PD/1 D).

Висновки: AACE у молодих пацієнтів характеризується дистанційною диплопією, більшою ездевіацією вдалину та переважанням міопії. Типовим є вергенційний дисбаланс із зниженням дивергентних резервів при збереженій конвергенції. NPC залишається близькою до норми, AC/A – без суттєвих змін, що свідчить про мінімальний акомодацийний компонент. Тривале використання цифрових пристроїв може розглядатися як фактор декомпенсації бінокулярної системи.

Ключові слова: співдружна езотропія, диплопія, міопія.

ВПЛИВ ВИКОРИСТАННЯ PRP І КВЕРЦЕТИНУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ АТРОФІЧНОГО РИНІТУ

Мазоха О. І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Лобурець А. В.
Кафедра оториноларингології з офтальмологією
Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Безега М. І.
Полтавський державний медичний університет
м. Полтава, Україна

Актуальність: плазма, збагачена тромбоцитами (PRP), та інші аутологічні тромбоцитарні концентрати останніми роками привертають значну увагу завдяки своєму регенеративному потенціалу та здатності стимулювати відновлення тканин шляхом вивільнення факторів росту і цитокінів. Достатньо досліджень підтвердили ефективність PRP у лікуванні захворювань скелетно-м'язової системи, трофічних виразок, а також в дерматології, косметології та стоматології. В оториноларингологічній практиці застосування цього методу є обмеженим, проте наявні дослідження свідчать про перспективність використання PRP у лікуванні атрофічного риніту. Водночас відсутність стандартизованих протоколів та достатньої кількості клінічних досліджень обумовлює необхідність подальшого вивчення цього методу.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування PRP-терапії та кверцетину в комплексному лікуванні хронічного атрофічного риніту.

Матеріали та методи дослідження: у дослідженні брали участь 24 пацієнти, яких було розподілено на 2 групи по 12 осіб у кожній. У I групі пацієнти протягом 28 днів отримували лікування у вигляді зрошування слизової оболонки носової порожнини сольовим розчином, обліпиховою олією, прийому полівітамінних препаратів, які обов'язково містили вітамін А; у II групі на тлі вказаної терапії застосовували PRP-терапію у поєднанні з кверцетином протягом 28 днів. Контрольну групу становили 10 осіб без ознак ураження слизової оболонки порожнини носа та супутніх соматичних захворювань. У змивах зі слизової оболонки порожнини носа визначали концентрацію вільного малонового діальдегіду, вміст окисно-модифікованих білків, концентрацію сірководню та рівень вільного L-гідроксипроліну.

Результати: застосування плазмотерапії та кверцетину як додаткових методів лікування атрофічного риніту супроводжується зниженням вмісту малонового діальдегіду у слизовій оболонці носа на 58,1 % та окисно-модифікованих білків – на 56,05 % порівняно з показниками до початку лікування. Концентрація вільного L-гідроксипроліну зменшується на 51,02 %, а вміст сірководню – на 62,02 % відносно початкових значень.

Висновки: використання PRP-терапії разом з препаратом на основі кверцетину як додаткових методів сприяє підвищенню ефективності лікування атрофічного риніту за рахунок зменшення окисативного ушкодження білків, зниження інтенсивності перекисного окиснення ліпідів, обмеження накопичення сірководню у слизовій оболонці порожнини носа та зменшення колагенолізу.

Ключові слова: атрофічний риніт, плазмотерапія, PRP, кверцетин.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОНИКАЮЧИХ ПОРАНЕНЬ СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Назаренко Л. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Дєєва Ю. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: проникаючі поранення соскоподібного відростка є відносно рідкісними, проте клінічно значущими ушкодженнями через близькість до життєво важливих анатомічних структур, зокрема сигмовидного синуса, твердої мозкової оболонки та лицевого нерва. В умовах сучасних бойових дій зростає частота уламкових і мінно-вибухових поранень, що нерідко мають комбінований характер та потребують мультидисциплінарного підходу.

Мета роботи: проаналізувати особливості діагностики та хірургічного лікування пацієнтів з уламковими пораненнями соскоподібного відростка на основі серії клінічних випадків.

Матеріали та методи дослідження: проведено аналіз 15 клінічних випадків. Оцінювали дані клінічного обстеження, комп'ютерної томографії скроневої кістки, тональної порогової аудіометрії, а також результати хірургічного лікування.

Результати: у більшості пацієнтів спостерігалися зниження слуху, шум у вусі та вестибулярні порушення; частина ушкоджень поєднувалася з черепно-мозковою травмою та хронічним запальним процесом. Дані доопераційного обстеження у значної частини пацієнтів були відсутні або обмежені, що ускладнювало локалізацію сторонніх тіл і вибір хірургічної тактики. У низці випадків інтраопераційні труднощі, зокрема кровотеча та грануляційні зміни, призводили до необхідності повторного або поетапного втручання. Комп'ютерна томографія виявилася ключовим методом для точної візуалізації уламків і планування операції.

Висновки: уламкові поранення соскоподібного відростка характеризуються складним перебігом і високим ризиком ураження структур середнього та внутрішнього вуха. Пацієнти часто мають поєднання слухових і вестибулярних порушень, а також супутню черепно-мозкову травму. Комплексне доопераційне обстеження, насамперед комп'ютерна томографія, є визначальним для виявлення сто-

ронніх тіл та оптимізації хірургічної тактики. У складних випадках можливе поетапне лікування та повторні втручання. Такі пацієнти потребують своєчасної спеціалізованої й мультидисциплінарної допомоги.

Ключові слова: соскоподібний відросток, проникаючі поранення, стороннє тіло, комп'ютерна томографія, хірургічне лікування.

ВІЗУАЛІЗАЦІЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СІТКІВКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Павленко Д. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жабосдов Д. Г.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосдов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: оптична когерентна томографія (ОКТ) та ОКТ-ангіографія є передовими технологіями, що дозволяють швидко та неінвазивно візуалізувати та кількісно оцінити зміни в сітківці та зоровому нерві пацієнтів з перенесеним інсультом.

Мета роботи: визначити стан сітківки на ОКТ та ОКТ-ангіографії після інфаркту мозку та надати клінічні випадки пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження: пацієнтам з перенесеним ішемічним інсультом головного мозку окрім загальноприйнятого офтальмологічного обстеження (візіометрія, авторефкератометрія, тонометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія) було проведено фундус-фотографування, комп'ютерна периметрія, ОКТ та ОКТ-ангіографія дисків зорових нервів та макули. Ми проаналізували зміни структурних та функціональних параметрів ОКТ та ОКТ-ангіографії на 2, 3, 4 тижні та 3, 6 та 12 місяці після інсульту.

Результати: у пацієнтів після інсульту протягом періоду спостереження виявлено зниження щільності поверхневих та глибоких судин у макулярній ділянці сітківки та зниження щільності судин перипапільарних капілярів на ОКТ-ангіографії. На структурній ОКТ стоншення парапапілярного шару нервових волокон сітківки відмічалось навіть при стабільній товщині гангліонарного комплексу в макулі. Ці зміни свідчать про те, що постінсультні зміни в судинах сітківки можуть відбуватися раніше за структурні зміни, а структурне залучення макулярної ділянки відбувається в останню чергу.

Висновки: застосування ОКТ та ОКТ-ангіографії дозволяє зафіксувати стоншення гангліонарних клітин сітківки та порушення мікроциркуляції в сітківці у пацієнтів з ішемічним інсультом. Ці зміни є динамічними і потребують періодичного спостереження.

Ключові слова: оптична когерентна томографія, оптична когерентна томографія ангіографія, інсульт, сітківка

АНАЛІЗ ДАНИХ АБЕРОМЕТРІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ

Павленко Р. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Скрипник Р. Л.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосдов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: за статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі близько 94 мільйони людей мають катаракту. Операція факоемульсифікації з імплантацією інтраокулярної лінзи (ФЕК+ІОЛ) наразі є «золотим стандартом» лікування даного захворювання. Одним із способів об'єктивної оцінки продуктивності оптичної системи ока є aberометрія трасування променів. Наразі немає достовірних

комплексних досліджень, які оцінюють вплив наявності заднього капсулорексису на оптико-функціональні результати після операції з приводу катаракти.

Мета роботи: оптимізувати методику проведення факоемульсифікації катаракти шляхом оцінки можливої різниці aberометричного профілю у пацієнтів із проведеним заднім капсулорексисом.

Матеріали та методи дослідження: клінічні, інструментальні, статистичні. Було обстежено 29 пацієнтів яким принаймні 6 місяців тому була проведена ФЕК+ІОЛ. Дані пацієнти були поділені на дослідну групу, яким під час операції було проведено задній капсулорексис діаметром 4.5 мм (15 осіб) та контрольну групу із відсутнім капсулорексисом (14 осіб). Виконано стандартне офтальмологічне обстеження (візометрія, тонометрія, біомікроскопія), а також aberометрія та кератотопографію (кільця Пласідо) за допомогою апарата iTrace (Tracey, США). Статистичний аналіз зроблено використовуючи описові методики, критерії Шапіро-Вілکا, Стюдента та Вілкоксона.

Результати: середня максимально коригована гострота зору становила 0.14 ± 0.07 logMAR та 0.16 ± 0.09 logMAR; внутрішні аберації високого порядку становили 0.218 ± 0.07 та 0.344 ± 0.11 ($p > 0.05$) в дослідній та контрольній групі відповідно. Значення Dysfunctional lens index не відрізнялися між оцінюваними групами ($p > 0.05$). Виявлено статистично значиму різницю в значеннях коефіцієнта Штреля ($p = 0.034$), в групі із виконаним капсулорексисом становило 0.86 ± 0.05 , тоді як в контрольній 0.73 ± 0.03 .

Висновок: незважаючи на відсутність різниці в гостроті зору та загальних внутрішніх аберациях високого порядку група із проведеним заднім капсулорексисом продемонструвала вищий рівень якості зображення. Проведене дослідження показало різницю у функції розсіювання точки між обстежуваними групами пацієнтів. Можливі шляхи покращення даного дослідження включають збільшення вибірки пацієнтів для отримання більш точних результатів.

Ключові слова: факоемульсифікація катаракти, задній капсулорексис, aberометрія, якість зору.

РЕКОНСТРУКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО НОСА ПІСЛЯ БОЙОВИХ ПОРАНЕНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПОВОРОТНИХ КЛАПТІВ: ФУНКЦІЙНО-ЕСТЕТИЧНІ АСПЕКТИ

Панченко В. А.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Чемерис О. М., к.мед.н., доцент Дутка Я. Р.

Кафедра хірургії №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Хомяк В. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

м. Львів, Україна

Актуальність: бойові поранення обличчя супроводжуються формуванням складних комбінованих дефектів носа із втратою шкіри, кістково-хрящового каркаса та внутрішньої вистілки, що призводить до значних функціональних та естетичних порушень. У більшості випадків одномоментна реконструкція є неможливою. Серед поворотних клаптів лобовий клапоть (forehead flap) залишається «золотим стандартом» реконструкції великих дефектів носа завдяки надійному кровопостачанню та тканинній відповідності.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування forehead flap у реконструкції зовнішнього носа після бойових поранень із урахуванням функціональних та естетичних результатів.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано результати лікування 18 пацієнтів із дефектами носа після бойових поранень у період 2022–2025 років, які проходили лікування у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону. Основним методом реконструкції великих дефектів був forehead flap, який застосовувався у 2–3 етапи. Відновлення каркаса виконувалося з використанням аутоотрансплантатів (реберний хрящ), внутрішньої вистілки – локальними клаптями або перикраніумом. Оцінка результатів проводилась клінічно та ендоскопічно.

Результати: застосування forehead flap дозволило досягти відновлення носового дихання, формування стабільного каркаса та задовільних естетичних результатів навіть при великих та тотальних

дефектах носа. Метод продемонстрував високу надійність завдяки стабільному кровопостачанню та достатньому об'єму тканин. Успішне приживлення клаптя та повне відновлення дефекту досягнуто у 78 % випадків; у 22 % спостерігалися явища часткового крайового некрозу (переважно у пацієнтів старше 45 років з тривалим анамнезом тютюнопаління), що потребувало додаткової корекції, проте не вплинуло на загальний функціональний результат. Основними труднощами залишаються багатоетапність реконструкції, інфекційні ускладнення, порушення мікроциркуляції та розвиток стенозів носових ходів.

Висновки: forehead flap є методом вибору для реконструкції великих дефектів зовнішнього носа після бойових поранень. Його застосування забезпечує відновлення як функції, так і естетики, проте потребує чіткого дотримання етапності та індивідуалізованого підходу. Успіх реконструкції визначається балансом між відновленням каркаса, вистілки та зовнішнього покриву.

Ключові слова: forehead flap, реконструкція носа, бойові поранення, поворотні клапті, функціональний результат, дефекти обличчя, етапна реконструкція.

ПЕРИФЕРИЧНІ ДЕГЕНЕРАЦІЇ СІТКІВКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ СИСТЕМНИМИ АУТОІМУННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Рибачук О. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Барінов Ю. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С.О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: системні аутоімунні захворювання характеризуються хронічним імунозапальним процесом та можуть супроводжуватися позаорганими проявами, у тому числі з боку органа зору. Найбільш відомими офтальмологічними проявами псоріазу та ювенільного ідіопатичного артриту є увеїт, ураження поверхні ока та мікросудинні зміни. Водночас роль системного запалення у формуванні структурних змін периферії сітківки залишається недостатньо дослідженою, особливо у дитячій популяції.

Мета роботи: оцінити частоту та особливості периферичних дегенерацій сітківки у дітей та підлітків із системними аутоімунними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження: проведено клінічний аналіз результатів офтальмологічного обстеження 26 дітей із системними аутоімунними захворюваннями. Обстеження включало визначення гостроти зору, біомікроскопію, офтальмоскопію після медикаментозного мідріазу, огляд периферії сітківки з використанням широкопольної візуалізації периферії та оптичної когерентної томографії макулярної ділянки та периферії.

Результати: периферичні дегенеративні зміни сітківки виявлено у 4 із 26 обстежених пацієнтів, що становить 15,4 %. Серед виявлених змін відзначалися ґратчаста дегенерація сітківки, локальні периферичні витончення та інші дистрофічні зміни. У частини пацієнтів периферичні зміни поєднувалися з ознаками мікросудинних порушень. Отримані клінічні спостереження дозволяють припустити можливу роль системного запалення, імунної дисрегуляції та мікроциркуляторних змін у формуванні патології периферії сітківки.

Висновки: у дітей із системними аутоімунними захворюваннями можуть виявлятися периферичні дегенеративні зміни сітківки. Частота їх виявлення у представлений вибірці становила 15,4 %. Отримані результати підкреслюють необхідність регулярного офтальмологічного скринінгу дітей із системними запальними захворюваннями для раннього виявлення ретинальної патології та профілактики можливих ускладнень.

Ключові слова: периферичні дегенерації сітківки, системні аутоімунні захворювання, псоріаз, ювенільний ідіопатичний артрит, ґратчаста дегенерація.

БІОДЕСТРУКТУЮЧІ ПОЛІУРЕТАНСЕЧОВИНИ ЯК БАР'ЕРНІ МЕМБРАНИ ДЛЯ СПРЯМОВАНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Рожнов А. С., Денисенко В. Д.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Астапенко О. О.

Кафедра хірургічної стоматології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Астапенко О. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Інститут хімії високомолекулярних сполук НАН України

м. Київ, Україна

Актуальність: щелепно-лицева хірургія на сучасному етапі розвитку потребує ефективних підходів до відновлення кісткових дефектів, що забезпечують як функціональний, так і естетичний результат лікування. Одним із ключових методів є спрямована регенерація кісткової тканини (GBR), яка передбачає створення бар'єра між кістковим дефектом і м'якими тканинами та забезпечення умов для проліферації остеогенних клітин. У цьому контексті перспективним є застосування біорезорбтивних полімерних мембран із контрольованими фізико-хімічними та біологічними властивостями.

Мета роботи: комплексне дослідження поліуретансечовинних бар'єрних мембран, зокрема їх біодеструкції, біосумісності та регенераційного потенціалу як матеріалів для спрямованої регенерації кісткової тканини.

Матеріали та методи дослідження: біодеструкцію поліуретансечовинних мембран досліджували *in vitro* шляхом інкубації зразків у середовищі 199 за температури $(37 \pm 1)^\circ\text{C}$ протягом 1, 3 та 6 місяців з подальшим висушуванням до постійної маси. Фізико-механічні властивості визначали відповідно до ISO 527-3. Структурні зміни аналізували методом ІЧ-спектроскопії з Фур'є-перетворенням. Біосумісність оцінювали методом тканинної культури фібробластів. Дослідження *in vivo* проводили на моделі кісткового дефекту з гістологічною оцінкою регенерації тканин, ангиогенезу та новоутворення кістки.

Результати: встановлено, що в процесі інкубації відбувається поступове зниження механічних властивостей матеріалу, що свідчить про перебіг біодеструкції. ІЧ-спектроскопічні дослідження свідчать про формування водневих зв'язків на ранніх етапах інкубації та подальшу часткову деструкцію уретанових і карбамідних фрагментів полімерної матриці внаслідок взаємодії з компонентами біологічного середовища. Біосумісність дослідних зразків бар'єрних мембран оцінювали методом тканинної культури фібробластів. Встановлено, що динаміка росту, морфологія та міграція фібробластичних елементів у досліді не відрізнялися від контролю, що свідчить про відсутність цитотоксичної дії. Результати гістологічних досліджень у моделі кісткового дефекту показали формування грануляційної тканини з активним ангиогенезом, а також наявність новоутвореної кісткової тканини у внутрішньому контурі дефекту. Виявлення фрагментів мембрани підтверджує її участь у спрямуванні регенераційних процесів та підтриманні просторової організації регенерату.

Висновки: поліуретансечовинні мембрани характеризуються контрольованою біодеструкцією, відсутністю цитотоксичності та здатністю підтримувати процеси регенерації кісткової тканини. Отримані результати обґрунтовують перспективність їх застосування як бар'єрних мембран у щелепно-лицевій хірургії.

Ключові слова: спрямована регенерація, кісткова тканина, полімерні мембрани, біодеструкція, поліуретани, поліуретансечовини, біосумісність.

ЗАСТОСУВАННЯ РОЗУМНИХ СКЛЕРАЛЬНИХ ЛІНЗ У ЛІКУВАННІ ВАЖКОГО АКАНТАМЕБНОГО КЕРАТИТУ У ДІТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Теплешнюк В. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Барінов Ю. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідуючий кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О.Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: акантамебний кератит – тяжке інфекційне ураження рогівки, яке найчастіше пов’язане з використанням контактних лінз та порушенням правил їх гігієни. Захворювання характеризується тривалим перебігом, вираженим больовим синдромом і високим ризиком формування рубцевих змін рогівки, що може призводити до зниження гостроти зору. Традиційна терапія включає застосування антисептичних та протизапальних засобів, проте ефективність лікування часто обмежується недостатньою біодоступністю діючих речовин у тканинах рогівки. У зв’язку з цим актуальним є пошук додаткових методів, які сприяють підвищенню ефективності лікування та прискоренню репаративних процесів.

Мета роботи: оцінити ефективність використання склеральних контактних лінз як допоміжного методу у лікуванні пацієнтів з акантамебним кератитом.

Матеріали та методи дослідження: ретроспективне когортне дослідження: 5 випадків АК (5 очей, вік 8-14 років, 60 % хлопчиків), ОХМАТДИТ, Київ, 2023-2025. Критерії включення: тяжкий АК (стадії 3-4) після використання м’яких контактних лінз. Критерії виключення: імунodefіцити. Групи: 1 (n=3) – стандартна терапія + склеральні лінзи; 2 (n=2) – стандартна терапія. Етика: Кодекс 1983, Наказ МОЗ №690 (2009), згода батьків. Проведено клінічне спостереження за пацієнтами з підтвердженим акантамебним кератитом. У комплексному лікуванні застосовували антисептичну терапію, спрямовану на ерадикацію збудника, а також склеральну контактну лінзу великого діаметра. Лінза опиралася на склеру та не контактувала безпосередньо з рогівкою, що дозволяло створити між її задньою поверхнею та рогівкою резервуар рідини. Резервуар заповнювали стерильним ізотонічним розчином з додаванням антисептичних та зволожувальних компонентів, зокрема хлоргексидину та гіалуронової кислоти. Оцінку ефективності лікування проводили на підставі клінічної динаміки симптомів, стану рогівки та швидкості епітелізації дефекту. Стандартна терапія в обох групах: хлоргексидин 0,02 % + РНМВ 0,02 % (кожні 1-2 год, 4 тижні), пропамідин 0,1 % (кожні 4 год), тобраміцин 0,3 % при ко-інфекції, НСПЗ. У групі 1 застосовували склеральні лінзи (Boston XO, 14-16 мм): 0,8 мл NaCl 0,9 % + 0,5 % моксифлоксацин + 0,02 % хлоргексидин + зволожувачі. Заміна кожні 3 год, дезінфекція ультразвуком, зняття на ніч. Тривалість – 4-6 тижнів.

Результати: застосування склеральної контактної лінзи сприяло зменшенню больового синдрому, світлобоязні та сльозотечі вже протягом перших годин після її встановлення. Створений резервуар рідини забезпечував тривалий контакт діючих речовин із поверхнею рогівки та підтримував стабільне зволоження її поверхні. Також лінза виконувала захисну функцію, зменшуючи механічний вплив повітря на ушкоджену рогівку. У процесі лікування відзначено поступове зменшення запальної реакції та прискорення епітелізації рогівки. Використання склеральної контактної лінзи сприяло покращенню суб’єктивного стану пацієнта та стабілізації клінічного перебігу захворювання.

Висновки: використання склеральних контактних лінз може розглядатися як ефективний допоміжний метод у комплексному лікуванні акантамебного кератиту. Створення резервуара рідини між лінзою та рогівкою забезпечує тривалу дію терапевтичних речовин, сприяє зволоженню поверхні рогівки та зменшенню механічного подразнення. Це може прискорювати репаративні процеси та покращувати клінічні результати лікування.

Ключові слова: акантамебний кератит, склеральні лінзи, антисептична терапія, педіатрична офтальмологія, *Acanthamoeba spp.*, контактні лінзи як резервуар.

СУЧАСНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ДАКРІОЦИСТИТУ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Тіщенко В. Р.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Барінов Ю. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: дакриоцистит новонароджених – це запалення слізозного мішка, яке виникає внаслідок звуження або обструкції нососльозного каналу (НСК). Найчастіше у дітей такі зміни зумовлені закупоркою НСК ембріональною рудиментарною мембраною, патологією ЛОР-органів, звуженням носових ходів. У дитячому віці дакриоцистити становлять від 7 до 14 % усієї очної патології, останніми роками відзначається тенденція до зростання захворюваності.

Мета роботи: узагальнити сучасні дані літератури щодо лікування дакриоциститу новонароджених, визначити найбільш обґрунтовані підходи до поетапного менеджменту цієї патології.

Матеріали та методи дослідження: аналіз літературних джерел та джерел мережі інтернет, методи аналізу та синтезу, структурний і порівняльний аналіз, методи дедукції та індукції, прогнозування.

Результати: за сучасними уявленнями, в основі неонатального дакриоциститу найчастіше лежить дистальна обструкція нососльозного протоку, переважно на рівні клапана Гаснера. Діагностика в типових випадках залишається клінічною.

У неускладнених випадках тактика вибору включає гігієну повік, правильну компресію слізозного мішка та місцеву антибактеріальну терапію за наявності яскравих гнійних виділень. Антибактеріальні препарати не усувають механічну обструкцію, а тому повинні розглядатися як допоміжний, а не самодостатній компонент лікування.

Найбільш ефективним первинним інвазивним методом лікування порушення прохідності НСК у дітей раннього віку є промивання (зондування) нососльозного каналу, яке демонструє найвищу результативність у віці від 2 до 5 місяців. При неефективності первинного зондування доцільним є бужування нососльозного каналу з введенням віскоеластичного розчину, яке забезпечує високу ефективність у дітей віком від 6 місяців до 2 років. Після 2 років у випадках рецидиву захворювання або пізнього звернення оптимальним методом лікування є інтубація нососльозного каналу силіконовим стентом.

Дакриоцисториностомія з ендоскопічним контролем є ефективним методом лікування у дітей старше 6 років та застосовується при неефективності попередніх малоінвазивних втручань.

Висновки: дакриоцистит новонароджених слід розглядати як клінічний прояв порушення прохідності слізних шляхів, що потребує послідовного етіопатогенетичного підходу. У більшості випадків початкове лікування включає гігієну повік, масаж слізозного мішка, раціональне застосування місцевої антибактеріальної терапії. Найбільш ефективним первинним малоінвазивним втручанням є зондування нососльозного каналу у дітей раннього віку, при його неефективності доцільним є бужування з введенням віскоеластичного розчину або інтубація силіконовими стентами. Дакриоцисториностомія з ендоскопічним контролем є ефективним методом лікування у випадках неефективності малоінвазивних втручань.

Ключові слова: дакриоцистит новонароджених; обструкція нососльозного каналу; зондування нососльозного каналу; інтубація слізозвідних шляхів; силіконові стенти; дакриоцисториностомія.

МОЖЛИВОСТІ СКАНУВАННЯ ОБЛИЧЧЯ В ПЕРИОРБІТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Чепель І. І.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: 3D-сканування обличчя є новим та перспективним неінвазивним методом дослідження антропометричних характеристик периорбітальної ділянки, що потенційно може бути використаний для оцінки результатів лікування та планування реконструктивних втручань в щелепно-лицевій та офтальмопластичній хірургії.

Мета роботи: дослідити можливості використання 3D-сканування обличчя для антропометричної оцінки периорбітальної ділянки у пацієнтів з дефектами та деформаціями очної щілини.

Матеріали та методи дослідження: було проведено аналіз 55 сканів обличчя пацієнтів з дефектами та деформаціями очної щілини (25 спостережень) та без патології периорбітальної ділянки (30 спостережень). Скани отримували за допомогою 3D-сканера Revopoint MIRACO PRO за стандартною процедурою з подальшою їх обробкою та проведенням вимірювань в програмному середовищі Medit Design (версія 2.1.4, сервер Operation Europe, Medit Corp., Seoul, Republic of Korea). Для порівняльного аналізу вимірювали міжкантальну відстань, площу відкритої поверхні кон'юнктивального мішка, довжину та висоту очної щілини.

Результати: у пацієнтів жіночої статі без периорбітальної патології середній показник міжкантальної відстані становить 32.5 ± 2.7 мм, тоді як у чоловіків цієї групи – 32.9 ± 4 мм. Довжина очної щілини у представників даної групи була однаковою з обох сторін, але відрізнялася за гендерною ознакою (29.6 ± 1.7 мм проти 30.7 ± 1.2 мм справа та 29.7 ± 1.9 мм проти 30.8 ± 1.3 мм зліва). Висота очної щілини у осіб без патології периорбітальної ділянки не демонстрували суттєвих гендерних відмінностей (у межах 10,9–11,1 мм). Площа відкритої поверхні кон'юнктивального мішка у осіб чоловічої статі без периорбітальної патології були однаковими (219 ± 36 мм² справа та 219 ± 35 мм² зліва) і також перевищували аналогічні показники у жінок (201 ± 33 мм² та 201 ± 34 мм²), що може бути зумовлено більшими загальними розмірами очної ямки. У пацієнтів із деформаціями очної щілини відзначено збільшення міжкантальної відстані до 35 мм, що на 2 мм перевищує показники осіб без патології. Водночас спостерігалось зменшення довжини та висоти очної щілини, а також площі відкритої поверхні кон'юнктивального мішка. Зокрема, довжина очної щілини у групі з патологією периорбітальної ділянки становила 2.7 ± 4.2 , тоді як у групі без патології – 0.25 ± 0.32 . Висота очної щілини відповідно становила 3 ± 2.8 проти 0.2 ± 0.22 . Площа відкритої поверхні кон'юнктивального мішка у пацієнтів із патологією дорівнювала 54 ± 38 , тоді як у групі без патології – 2.6 ± 1.7 .

Висновки: Дане дослідження підтвердило думку про те, що 3D-сканування обличчя дозволяє визначити основні антропометричні характеристики очної щілини без інвазивного втручання та може використовуватись для об'єктивної оцінки результатів реконструктивних втручань. Патологічні зміни периорбітальної ділянки в даному дослідженні супроводжувалися збільшенням міжкантальної відстані та зменшенням довжини, висоти та площі очної щілини, що може відображати морфофункціональні порушення у даній анатомічній зоні.

Ключові слова: 3D-сканування, антропометрія, периорбітальна ділянка.

ФЕМТО-АСИСТОВАНА ОПТИМІЗАЦІЯ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЇ ФІКСАЦІЇ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ КАТАРАКТІ

Жмурик К. В., Васильцов І. А., Козій А. А., Шевчук Л. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шаргородська І. В.

Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: посттравматична катаракта залишається однією з провідних причин зниження зору серед пацієнтів працездатного віку. У випадках зонулярної або капсульної недостатності стандартна імплантація інтраокулярної лінзи (ІОЛ) у капсульний мішок неможлива, що потребує застосування альтернативних методів її фіксації. Трансклеральна фіксація ІОЛ є ефективним методом корекції афакії, однак може супроводжуватися такими ускладненнями, як децентрація або нахил ІОЛ, запальні реакції та непередбачуваність рефракційного результату. Використання сучасних технологій передопераційного планування, зокрема фемтосекундного лазера, дозволяє моделювати оптимальну точку склерального доступу на основі кератотопографії, що потенційно може підвищити точність позиціонування ІОЛ у майбутніх проспективних застосуваннях, не змінюючи стандартну хірургічну техніку.

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність та безпеку фемто-асистованого моделювання трансклерального доступу для оптимізації фіксації інтраокулярних лінз у пацієнтів із посттравматичною катарактою та недостатністю капсульної підтримки.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз медичної документації 32 пацієнтів (32 ока) із посттравматичною катарактою та зонулярною або капсульною недостатністю, яким виконано стандартну трансклеральну фіксацію ІОЛ. Операційний доступ та техніка фіксації ІОЛ залишалися традиційними, із застосуванням методики double-needle та шовного матеріалу 8–0 Gore-Tex або 6–0 поліпропілен. У рамках дослідження було виконано фемто-асистоване моделювання оптимального склерального доступу на основі кератотопографії, що дозволило оцінити потенційну точність позиціонування ІОЛ при використанні передопераційного планування. Оцінювалися максимально коригована гострота зору (МКГЗ), стабільність центрації ІОЛ, рефракційна точність та частота інтра- і післяопераційних ускладнень. Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації; використовувалися анонімізовані клінічні дані пацієнтів без додаткових інтервенцій.

Результати: ретроспективний аналіз показав, що застосування фемто-асистованого моделювання трансклерального доступу потенційно може підвищити точність позиціонування ІОЛ. Середня децентрація ІОЛ у моделюванні становила 0,28 мм, тоді як при стандартному ручному плануванні – 0,52 мм. Прогнозованість післяопераційної рефракції оцінювалася в 78 % випадків у межах $\pm 0,75$ D від запланованого. Через 6 місяців середня МКГЗ покращилася з 0,54 до 0,16 logMAR. Інтраопераційні ускладнення обмежувалися незначною гіфемою у 6 % випадків, випадків відшарування сітківки, значного нахилу ІОЛ ($>5^\circ$) або ерозії шовного матеріалу не спостерігалось. Післяопераційні запальні реакції регресували протягом 2–4 тижнів у всіх пацієнтів.

Висновки: ретроспективний аналіз показав, що стандартна трансклеральна фіксація ІОЛ є безпечною та ефективною. Фемто-асистоване моделювання склерального доступу через кератотопографію демонструє потенційну можливість підвищення точності центрації ІОЛ та прогнозованості рефракційного результату у майбутніх проспективних дослідженнях, без зміни стандартної операційної техніки. Метод може розглядатися як ефективний інструмент оптимізації хірургічного лікування пацієнтів із посттравматичною катарактою та недостатністю капсульної підтримки.

Ключові слова: посттравматична катаракта, інтраокулярна лінза, трансклеральна фіксація, фемтосекундний лазер, кератотопографія, хірургія катаракти.

АКТУАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ВИСОКОТОЧНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ОБЛИЧЧЯ

Шевчук Р. І.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Астапенко О. О.
Кафедра хірургічної стоматології
Завідувачка кафедри: д.мед.н., професор Астапенко О. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: сучасні військові конфлікти призвели до зростання кількості складних щелепно-лицевих травм серед військовослужбовців. За даними Міністерства охорони здоров'я України, з лютого 2022 року зареєстровано понад 5 тисяч випадків важких поранень щелепно-лицевої ділянки. Традиційні методи реабілітації часто є недостатньо ефективними.

Мета роботи: аналіз та вдосконалення методів дентальної імплантації для військовослужбовців з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки, спрямованих на оптимальне функціональне та естетичне відновлення.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано 3598 клінічних випадків дентальної імплантації у 700 військовослужбовців за період 2015-2023 рр. Використано сучасні методи діагностики: конусно-променеву комп'ютерну томографію (КЛКТ) та 3D-планування, імплантаційні системи MEGAGEN, MIS, U-impl, протоколи прискореної реабілітації (All-on-4, Zygomatic імпланти).

Результати дослідження: загальний рівень успішної остеointegraції склав 97,8 %. У пацієнтів з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки досягнуто повного функціонального відновлення у 92 % випадків. Розроблено класифікацію показань до імплантації за соціальними та клінічними параметрами. Імпланти з нанопористими покриттями прискорюють остеointegraцію на 30-40 %.

Висновки: сучасні методи дентальної імплантації є ефективними у реабілітації військовослужбовців з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки. Найкращі результати досягнуто з імплантаційними системами MEGAGEN, MIS та U-impl. Запропоновано комплексний підхід, що включає спеціалізовані протоколи лікування, імпланти нового покоління, багаторівневу медичну допомогу та психологічну підтримку.

Ключові слова: щелепно-лицеві травми, дентальна імплантація, військовослужбовці, остеointegraція, реабілітація.

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-БІОМЕТРИЧНИХ ТА МІКРОСТРУКТУРНИХ МАРКЕРІВ ПРОГРЕСУВАННЯ МІОПІЇ У ДІТЕЙ УКРАЇНСЬКОЇ ПОПУЛЯЦІЇ

Шкрібляк І. І.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шаргородська І. В.
Кафедра офтальмології та оптометрії післядипломної освіти
Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Риков С. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: міопія набула ознак «глобальної пандемії», із прискоренням внаслідок змін способу життя під час COVID-19. Для прогнозування ризиків лише рефрактометрії недостатньо. Перспективними є біомаркери: товщина хоріоїдеї (ChT), судинна щільність сітківки за даними оптичної когерентної томографії (ОКТ) з ангиографією (ОКТ-А) та біомеханічна ригідність оболонок ока. Встановлено, що зменшення ChT у субфовеальній зоні є раннім предиктором осьового подовження ока ще до значних змін рефракції. Також, цифрова візуалізація дозволила виявити зв'язок між зоровим навантаженням та змінами мікроциркуляції, що обґрунтовує потребу в комплексних прогностичних моделях для української популяції.

Мета роботи: оцінити взаємозв'язок віку, способу життя та діагностичних даних (ОКТ/ОКТ-А, кератотопографія, біомеханіка) з виникненням і швидким прогресуванням міопії у дітей 6–17 років.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 66 пацієнтів (35 жінок, 31 чоловік). Використано анкетування батьків; кератотопографію (товщина рогівки, глибина передньої камери); електронну мікроскопію ендотелію; оцінку ригідності рогівки (K_{ER}) і склери (K_{ES}); ОКТ та ОКТ-А (ChT, глибока судинна щільність (DVD)). Статистичний аналіз: критерій Фішера, ROC-аналіз.

Результати: аналіз засвідчив, що пік дебюту міопії припадає на вік 9–11 років (47 % випадків).

Гендерний фактор: Чоловіча стать асоціюється з агресивнішим перебігом: швидке прогресування (>1 дптр/рік) зафіксовано у 71,0 % чоловіків проти 51,4 % жінок.

Епідеміологічні чинники: Найсильнішими предикторами швидкого темпу прогресування є недостатня фізична активність та авітаміноз – по 70,0 % випадків кожен ($p < 0,005$). Паління батьків також має значущий зв'язок із прогресією (50,0 %, $p = 0,02$).

Анатомо-оптичні маркери: Швидке прогресування супроводжується аксіальною довжиною ока $>27,0$ мм (>70 % пацієнтів) та малою глибиною передньої камери $<2,5$ мм.

Мікроструктурні зміни: Виявлено статистично значуще витончення субфовеальної хоріоїдеї <190 мкм та зниження судинної щільності в перітемпоральному квадранті <47 % у групі 9–11 років ($p < 0,005$).

Біомеханіка: У віці 12–14 років критичним є зниження ригідності склери ($K_{ES} < 1,3$), що спостерігається у 50 % випадків швидкої прогресії.

Висновки: прогресування міопії має багатофакторний характер із «критичним вікном» 9–11 років. Модифіковані чинники ризику – низька фізична активність і незбалансоване харчування – обґрунтовують ранній скринінг у молодшому шкільному віці. Об'єктивні маркери ризику: зниження судинної щільності та витончення хоріоїдеї, що передують суттєвим рефракційним змінам. Модель лише за віком неінформативна ($AUC=0,493$); для підвищення точності ($AUC>0,7$) слід інтегрувати ОКТ-А та біомеханічні показники.

Ключові слова: міопія, прогресування, українська популяція, хоріоїдея, ОКТ-А, біомеханіка ока, фактори ризику, діти.