



Сателітний симпозіум

**«СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ,
КРАНІОФАСЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ
ТА ОРГАНУ ЗОРУ»**

ТРОМБОЗ ГІЛКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ВЕНИ СІТКІВКИ (ЦВС), ВНАСЛІДОК ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Ar-Riabi Ziad

THROMBOSIS OF BRANCH CENTRAL VEIN OF THE RETINAL, AS A RESULT OF EXERCISE

Ar-Riabi Ziad

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Оклюзія центральної вени сітківки (ЦВС) є другою за поширеністю васкулопатією сітківки і переважно виникає у пацієнтів старше 60 років із такими факторами ризику, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, глаукома та ін. Молоді люди хворіють на тромбоз ЦВС рідко. Найчастіші причини тромбозу ЦВС у молодих людей є вади серця, інфекційні захворювання, системні васкуліти, захворювання, що супроводжуються підвищеною в'язкістю крові. У більшості випадків тромбоз ЦВС у молодих виникає без присутності типових факторів ризику.

Мета роботи. Представити клінічний випадок тромбозу гілки ЦВС лівого ока у молодого пацієнта після заняття спортом з надмірним фізичним навантаженням.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим наглядом перебував хворий - чоловік, 40 років, важкоатлет з тромбозом нижньої темпоральної гілки ЦВС лівого ока. При зверненні по швидкій допомозі до офтальмологічного відділення КНП «КМКЛ №9» м. Києва хворий скаржився на зниження зору лівого ока. Хворий пов'язував своє захворювання з тим, що за 2 днів до початку захворювання під час заняття спортом він підняв надмірно важку вагу. Супутні хронічні захворювання та шкідливі звички хворий заперечував. Об'єктивно: гострота зору правого ока 1,0, лівого ока 0,3, рефракція не визначається. Внутрішньоочний тиск правого ока 18 мм.рт.ст, лівого ока 20 мм.рт.ст. Передній відрізок очей без патологічних змін. При офтальмоскопії очне дно правого ока без патології, на лівому оці диск зорового нерва блідо-рожевий з чіткими межами, вени поширені, спостерігаються штрихоподібні геморагії та «ватні» ексудати за ходом нижньої темпоральної гілки ЦВС. Крім традиційного офтальмологічного обстеження, хворому були зроблені фотознімок очного дна та оптична когерентна томографія сітківки. Оптична когерентна томографія сітківки лівого ока показала наявність у хворого макулярного набряку. Також пацієнту було проведено загальне обстеження. Артеріальний тиск хворого був в середньому 130/80 мм.рт.ст. Загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, ЕКГ без патологічних відхилень. Хворому було призначено консервативне лікування та інтравітреальне введення анти-VEGF препаратів.

Висновки. У наведеному клінічному прикладі показаний випадок тромбозу гілки ЦВС без наявності у хворого в анамнезі загальновідомих факторів ризику. Тромбоз ЦВС у такого хворого може бути пов'язаний з комбінацією таких чинників, як тимчасово підвищений внутрішньосудинний та внутрішньоочний тиск, зневоднення, зміна реологічних властивостей та підвищена в'язкість крові. Таким чином, варто враховувати ризик офтальмологічних тромбо-емболічних ускладнень у молодих пацієнтів, які займаються спортом з надмірними фізичними навантаженнями.

КЛІНІКО-ГІСТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ ПОСТНАЗАЛЬНОГО СТІКАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ВИКРИВЛЕННЯМ НОСОВОЇ ПЕРЕДІЛКИ

Бабченко Н.В., Дєєва Ю.В., Коновалов С.Е.

CLINICAL AND HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF POSTNASAL DRIP SYNDROME IN PATIENTS WITH DEVIATED NASAL SEPTUM

Babchenko N., Dieieva Y., Konovalov S.

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

Кафедра отоларингології

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

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

Актуальність: За даними літератури, анатомічні зміни в носовій порожнині при викривленні носової переділки суттєво погіршують функцію верхніх дихальних шляхів та призводять до порушення носового дихання, виникнення храпу, розвитку вазомоторного риніту, збільшення частоти виникнення синуситів та синдрому постназального стікання. Тяжкість, локалізація та форма викривлення носової переділки впливають на динаміку повітряного потоку в порожнині носа. Незважаючи на велику кількість публікацій з цієї теми в літературних джерелах недостатньо висвітлені гістопатологічні зміни слизової оболонки носа у пацієнтів з викривленням носової переділки та синдромом постназального стікання.

Мета: Визначити клініко-гістологічні особливості синдрому постназального стікання у пацієнтів з викривленням носової переділки.

Матеріали та методи: До досліджуваної групи увійшло 45 пацієнтів (27 жінок та 18 чоловіків) у віці від 18 до 55 років з встановленим діагнозом: викривлення носової переділки яке було підтверджено ендоскопічно та за допомогою КТ, що мали скарги на утруднення носового дихання та відчуття постназального стікання. Всі пацієнти, які мали супутню патологію з боку приносних пазух та носової порожнини були виключені з дослідження. До групи контролю з 29 осіб увійшли пацієнти з встановленим діагнозом: викривлення носової переділки, які не мали скарг на відчуття постназального затікання.

Результати: В нашому дослідженні ми встановили достовірно більш високу частоту плоскоклітинної метаплазії та лімфоцитарну інфільтрацію слизової оболонки носової порожнини у пацієнтів з викривленням носової переділки та наявним постназальним синдромом у порівнянні з контрольною групою. Крім того, спостерігалася значно більш виражені фіброзні зміни слизової оболонки носа у досліджуваної групи, порівняно з контрольною групою. Водночас досліджуючи зразки слизової оболонки носа ми спостерігали більш виражену лімфоцитарну інфільтрацію та плоскоклітинну метаплазію з увігнутої сторони.

Висновки: Викривлення носової переділки сприяє хронічному запаленню слизової оболонки і виникнення низки гістопатологічних змін в ній, які можуть підвищувати ризик виникнення хронічних запальних процесів в носовій порожнині та приносних пазухах, а також можуть бути одним з факторів виникнення синдрому постназального стікання.

ОСОБЛИВОСТІ АКУБАРОТРАВМИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Бондаренко Я. В.

FEATURES OF ACUBAROTRAUMA IN PARTICIPANTS OF MILITARY OPERATIONS

Bondarenko Ya.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Дєєва Ю. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.м.н., проф. Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

Повномасштабні активні бойові дії із залученням значної кількості особового складу на території України стали реаліями сучасного суспільства. Система охорони здоров'я мужньо виступає на передовій, поряд з військовослужбовцями, а також надійно працює в тилу, задля надання в повному обсязі кваліфікованої та своєчасної медичної допомоги постраждалим під час бойових дій. Поранення, ушкодження та травми, що завдані військовим під час виконання їх службових обов'язків та спричинюють втрату їх боєздатності – зумовлені ракетно-бомбовими ударами, вогнепальною зброєю та вибуховими пристроями. За даними авторів частота травм та поранень ЛОР-органів в структурі санітарних втрат хірургічного профілю складала 3-17 % випадків. Поширеність травм вуха серед них складає близько 30,7%. Найбільш розповсюдженими діагнозами серед травм вуха були «H83.3 втрата слуху спричинена шумом, H85 акустична травма, S09.2 травматичний розрив барабанної перетинки, T70.0 баротравма вуха та S01.3 відкрита рана вуха (крім барабанної перетинки)». У 36% випадків це мінно-вибухові поранення, що частіше всього спричинюють травми поєднаного характеру (у 71% випадків). Акубаротравма за природою свого походження відноситься до міно-вибухових поранень.

При розриві мінно-вибухового пристрою уражувальний вплив мають наступні фактори: ударна хвиля, висока температура і полум'я, уламки і частки вибухового пристрою, вторинні уражальні снаряди, коливання атмосферного тиску та токсична дія газоподібних продуктів вибуху. **Вибухова хвиля** — це різке стиснення повітря, що розповсюджується від центру вибуху з надзвуковою швидкістю. В залежності від того на якій відстані знаходиться об'єкт від джерела вибуху, ударна хвиля може викликати акустичну травму, баротравму, механічні травми та комбіновані.

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей виникнення та перебігу акубаротравми в учасників бойових дій.

Під наглядом знаходилось 24 пацієнта з акубаротравмою. За нашими спостереженнями основною скаргою виступає зниження слуху, що обумовлено порушенням цілісності наступних анатомічних структур: барабанної перетинки, ланцюга слухових кісточок, овального вікна, перелом скроневої кістки. У 44% хворих з акубаротравмою виявлено пошкодження барабанної перетинки, у 46% з них виявлена дисфункція слухової труби. 81,7% пацієнтів скаржаться на стійкий суб'єктивний вушний шум. Крім того, пацієнти з акубаротравмою в тій чи іншій мірі скаржаться на порушення розбірливості мови, гіперакузію, головний біль, дратівливість, тривожність, порушення пам'яті, уваги та больові відчуття. Найважливішим в такому випадку є те, що пошкодження вуха, пов'язані з вибухом, можуть викликати занепокоєння, дезорієнтацію, запаморочення, порушення рівноваги та координації, що відповідно створює потенційну небезпеку для життя військовослужбовця та може негативно вплинути на його оперативну готовність в умовах активних бойових дій.

За результатами вивчених даних та проведених власних спостережень встановлено, що захист органів слуху значно зменшує ймовірність травми вуха, пов'язаної зі зниженням слуху та шумом у вухах. Порушення слуху та суб'єктивний шум у вухах є найчастішими скаргами пацієнтів з акубаротравмою. Дисфункція слухової труби являється предиктором розвитку акубаротравми за умови дії різкого підвищення атмосферного тиску. Пацієнти з розривом барабанної перетинки мають вищі шанси на втрату слуху, ніж особи без нього.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ, СПРИЧИНЕНА ВИДАЛЕННЯМ НОВОУТВОРЕНЬ ПРИВУШНОЇ ДІЛЯНКИ ОБЛИЧЧЯ

Вороді М.В., Цимбалюк Я.В.

SURGICAL TREATMENT OF FACIAL NERVE NEUROPATHY CAUSED BY REMOVAL OF

Vorodi M., Tymbalyuk Y.

*Науковий керівник: Цимбалюк В.І., академік НАН та НАМН України, д-р мед. наук, професор
Кафедра нейрохірургії*

*Завідувач кафедри: Цимбалюк В.І., академік НАН та НАМН України, д-р мед. наук, професор
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Нейропатія лицевого нерву (ЛН) – тяжке захворювання, при якому виникає порушення функції м'язів, що викликає виразну асиметрію обличчя, яка має негативний відбиток на психосоціальному статусі пацієнта. Також можуть мати місце порушення мови, зору, виникають порушення жування їжі та дисфункція носового дихання. Стійке порушення функції ЛН, що виникло при видаленні новоутворень привушної ділянки обличчя, відносять до ятрогенного його ушкодження, яке може мати, у тому числі, і тракційний характер.

Мета. Вивчити результати хірургічного лікування хворих з ушкодженням ЛН, етіологічним фактором якого було видалення новоутворень привушної ділянки обличчя.

Матеріали і методи. Протягом 2010 – 2021 рр. було проаналізовано дані проведеного хірургічного лікування 27 пацієнтів з нейропатіями ЛН, отриманих внаслідок видалення доброякісних та злоякісних новоутворень привушної ділянки. Середній вік пацієнтів становив $38,5 \pm 2,5$ років. За статевим розподілом переважали особи жіночої статі – 55,6%. Середній термін від підтвердження ушкодження ЛН до проведення хірургічного лікування становив $9,5 \pm 1,7$ місяців. Пацієнтам проводили контрольний огляд та нейрофізіологічні дослідження не раніше, ніж через 4 місяці після операції. Віддалені результати вивчали в терміни не раніше 12 місяців після хірургічного лікування. Функцію ЛН оцінювали за шкалою House-Brackmann, причому до проведення хірургічного лікування, функція ЛН в усіх хворих була на рівні VI ступеню. Серед методів хірургічного лікування, переважно застосовували методику невротизації ЛН за рахунок гілок додаткового нерва, спрямованих до кивального м'язу – у 77,8% випадків. Також застосовували невроліз ЛН (у 14,8%) і шов ЛН (у 7,4%).

Результати. Добрим вважали досягнення результату до II-III ступеню за шкалою House-Brackmann, задовільним – до IV-V ступеню. Негативних результатів в післяопераційному періоді отримано не було. У хворих, яким було проведено невротизацію ЛН, його функція відновилася до II-III ступеню у 90,5% хворих ($p < 0.01$; Wilcoxon Matched Pairs Test); при виконанні невролізу ЛН – у 75% хворих; при проведенні шва ЛН – у 50% хворих у терміни після 12 міс. після проведеного хірургічного лікування.

Висновки. Найкращих результатів досягнуто при застосуванні методики невротизації лицевого нерва у хворих після видалення новоутворень привушної ділянки. Гірші результати при застосуванні інших методик (невролізу та шва ЛН) можна частково пояснити тракційним механізмом ушкодження ЛН, вираженими рубцевими змінами навколишніх тканин, що має несприятливі умови для регенерації, не дивлячись на візуальні ознаки інтактності нерва.

МОНІТОРИНГ ММП-9 ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ РОГІВКИ

Гавриляк І.В.

MONITORING OF MMP-9 IN TRAUMATIC CORNEAL INJURIES

Havryliak I.

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

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність. Близько 10 мільйонів людей по всьому світу страждають від рогівкової сліпоти. Травми та захворювання рогівки різної етіології можуть викликати незворотні зміни в структурі та морфології рогівки. Всі різноманітні травми рогівки можна розділити на групи: механічні та під впливом хімічних чи термічних факторів. До травматичних пошкоджень рогівки найчастіше відносяться ерозії рогівки та непроникаючі поранення рогівки з наявністю сторонніх тіл або без сторонніх тіл. Матриксні металопротеїнази (ММП) — це сімейство протеїнів, які відіграють важливу роль на всіх етапах загоєння ран. ММП-9 (желатеназа В) має здатність руйнувати компоненти позаклітинного матриксу та синтезувати колаген, тому є важливими для ремоделювання ран рогівки. Виражена експресія ММП-9 призводить до надмірної деградації позаклітинного матриксу, що веде до руйнування тканин і втрати зорової функції ока.

Мета. Визначити рівні ММП-9 в сльозі пацієнтів при травматичному пошкодженні рогівки в залежності від клінічних проявів і періоду травми.

Матеріали та методи: Нами обстежено 22 пацієнта (22 очей) з травматичними ураженнями рогівки, віком від 24 років до 65 років (середній вік $46,2 \pm 2,2$). Період звернення пацієнтів в першу добу отримання травми – 10 пацієнтів (45,5%), з 2 по 3 добу – 8 пацієнтів (36,4%) і з 4 по 6 добу – 4 пацієнта (18,1%). Всім пацієнтам проведено комплексне офтальмологічне обстеження: збір анамнезу, візіометрія, біомікроскопія, фарбування рогівки флюоресцеїном, огляд очного дна. Проведено забір сльози і визначення рівня ММП-9 методом желатинової зимографії в поліакридному гелі. Контрольну групу склали практично здорові добровольці такої ж вікової групи у кількості 15 чоловік.

Результати. Ступінь прояву клінічних ознак непроникаючих поранень рогівки корелює з кількістю і активністю ММП-9. Багаторазове зростання вмісту матриксної металопротеїнази 9 (ММП-9) у сльозі пацієнтів відображало інтенсивність процесів запалення та епітелізації рогівки. Дані результати свідчать про активність ММП-9 при гострому пошкодженні рогівки, відіграють ключову роль у деградації та ремоделюванні колагену типу 4, основного компонента базальної мембрани рогівки.

Висновки. Отриманні результати відкривають перспективи використання ММП-9 з діагностично-прогностичною метою при лікуванні травматичних пошкоджень ока, моніторингу процесу епітелізації рогівки. Включення в схеми лікування інгібіторів ММП може зменшити прогресування пошкодження стромы і мінімізувати рубцювання рогівки.

**МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ
РІЗНИХ ВИДІВ СУЧАСНИХ КОМБІНОВАНИХ
ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ
В ЛІКУВАННІ РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ
У ПОЄДНАННІ З КАТАРАКТОЮ**

Жук А.М.

**MORPHOFUNCTIONAL RESULTS
OF DIFFERENT TYPES OF MODERN COMBINED
VITREORETINAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT
OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT IN COMBINATION
WITH CATARACTS**

Zhuk A.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Регматогенне відшарування сітківки (РВС) – загрозовий стан, що зустрічається із частотою 1 випадок на 10000 осіб на рік, та при несвоєчасному хірургічному втручанні може привести до повної втрати зору. Успіх лікування залежить не лише від відновлення анатомічних співвідношень, а і від функціональних показників сітківки, давності та об'єму відшарування. Існує декілька сучасних підходів до лікування РВС: склеральне пломбування, закрита субтотальна вітректомія (ЗСВ) із тампонадою вітреальної порожнини заміномником склоподібного тіла, пневматична ретинопексія. Але єдиної думки серед хірургів щодо методу, який дав би кращий результат, немає і досі.

Мета. Оцінити морфофункціональні результати різних видів сучасних комбінованих вітреоретинальних втручань в лікуванні регматогенного відшарування сітківки у поєднанні з катарактою.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходилося 100 пацієнтів (100 очей) із діагнозом РВС та вікова катаракта. Першу групу склали 50 пацієнтів (50 очей). Давність РВС складала від 5 до 30 діб, в середньому $18,4 \pm 2,2$ діб. Макулярна ділянка була залучена у 21 пацієнта (42%). Пацієнтам цієї групи було проведено ЗСВ 25G з тампонадою вітреальної порожнини газо-повітряною сумішшю С3F8 20%, ендолазеркоагуляцію сітківки та факоемулсифікацію з імплантацією ІОЛ. Другу групу склали 50 пацієнтів (50 очей). Давність РВС складала від 10 до 50 діб, в середньому $25,4 \pm 3,1$ діб. Макулярна ділянка була залучена у 25 пацієнтів (50%). Пацієнтам цієї групи було проведено ЗСВ 25G з тампонадою вітреальної порожнини силіконовим маслом, ендолазеркоагуляцію сітківки та факоемулсифікацію з імплантацією ІОЛ. Всім пацієнтам до втручання та в динаміці після оперативного лікування виконували візометрію (некоригована (НКГЗ) та максимально коригована гострота зору (МКГЗ)), тонометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, статичну периметрію Humphrey, оптичну когерентну томографію (ОКТ) та при необхідності – ОКТ-ангіографію. Термін спостереження – 6 місяців.

Результати. При обстеженні пацієнтів першої групи до хірургічного лікування НКГЗ в середньому була $0,18 \pm 0,03$, МКГЗ в середньому $0,31 \pm 0,04$ (від 0,05 до 1,0). Середній показник товщини сітківки в макулярній області за даними ОКТ склав – 290,5 μm . Середній показник світлочутливості сітківки (MD) периметрії Humphrey склав – $-6,14 \pm 0,15\text{dB}$, показник суми локальних дефектів полів зору (PSD) – $4,3 \pm 0,1$. Через 6 місяців після оперативного втручання МКГЗ складала $0,62 \pm 0,06$ середній показник товщини сітківки в макулярній області – $215,6 \pm 37,5\mu\text{m}$., MD – $-2,4 \pm 0,5\text{dB}$, PSD – $2,0 \pm 0,08$. При обстеженні пацієнтів другої

групи до хірургічного лікування НКГЗ в середньому складала $0,13 \pm 0,05$, МКГЗ в середньому $0,28 \pm 0,1$ (від $0,05$ до $0,9$). Середній показник товщини сітківки в макулярній області за даними ОКТ складав – $301,4 \mu\text{m}$. Середній показник світлочутливості сітківки (MD) периметрії Humphrey склав – $-6,9 \pm 0,17\text{dB}$, показник суми локальних дефектів полів зору (PSD) – $4,8 \pm 0,13$. Через 6 місяців після оперативного втручання МКГЗ складала $0,38 \pm 0,12$, середній показник товщини сітківки в макулярній області – $262,3 \pm 33,4 \mu\text{m}$, MD – $-4,8 \pm 0,5\text{dB}$, PSD – $3,6 \pm 0,1$,

Висновки. Встановлено, що 33В 25G із подальшою тампонадою вітреальної порожнини газо-повітряною сумішшю С3F8 20% або тампонадою силіконовою олією у комбінації із факоемульсифікацією та імплантацією ІОЛ являються ефективними методами хірургічного лікування хворих з РВС у поєднанні з катарактою. Перспективи підвищення ефективності хірургічного лікування РВС у поєднанні з катарактою ми бачимо в дослідженні факторів ризику оперативного втручання РВС та побудування математичних моделей прогнозування.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІМЕРСІЙНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТА ОПТИЧНОЇ ТЕХНІКИ БІОМЕТРІЇ В РОЗРАХУНКАХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ОЧНИХ ЛІНЗ

Ковальов І.А., Цабєряба А.В., Гетьман М.В.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF IMMERSION ULTRASOUND AND OPTICAL TECHNIQUES OF BIOMETRY IN CALCULATIONS OF INTRAOCULAR EYE LENSES

Kovalov I, Tsaberiaba A., Hetman M.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Щороку по світу виконується 10 мільйонів хірургій катаракти [Allen Foster, «VISION 2020: THE CATARACT CHALLENGE» (2020)], абсолютна більшість з яких супроводжується імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ). Хірургії катаракти передують розрахунок ІОЛ, для якого застосовуються біометричні дані, їх можна отримати оптичним, або ж ультразвуковим методом. Сьогодні ринок ІОЛ пропонує моно-, бі- та трифокальні моделі різних виробників. Модель імплантованої ІОЛ та біометричні дані визначають оптичну силу лінзи, необхідної для отримання бажаного рефракційного результату.

Мета роботи. Порівняти ультразвуковий імерсійний та оптичний методи біометрії за рефракційної точністю хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ.

Задачі. 1. Диверсифікувати результати хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ за діапазоном рефракційної точності та визначити їх питому частку. 2. Порівняти за рефракційною точністю результати хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ, розрахованих за даними ультразвукового імерсійного та оптичного методу біометрії.

Матеріали і методи: Методи дослідження – розрахунковий, статистичний.

152 ока.

Група 1 – (76 очей) проведено ультразвуковий імерсійний та оптичний методи біометрії, розрахунки ІОЛ ґрунтуються на результатах оптичного методу.

Група 2 – (76 очей) проведено ультразвуковий імерсійний метод біометрії, розрахунки ІОЛ ґрунтуються на результатах ультразвукового імерсійного методу.

Результати. В діапазон рефракційної похибки $\pm 0,25D$ припадає 39 випадків (25,6%), $\pm 0,5D$ – 108 випадків (71,2%), $\pm 1,0D$ – 147 випадків (96,8%). Девіація розрахованої та кінцевої рефракції для очей з ІОЛ, розрахованими за результатами оптичного методу біометрії, склала 0,261, для очей з ІОЛ, розрахованими за результатами ультразвукового імерсійного методу – 0,215.

Висновки. Рефракційна точність проведених хірургій катаракти співпадає із сучасною світовою статистикою з рефракційної точності операції [Maria Kugelberg, «Refractive Outcome After Cataract Surgery» (2009)]. Відмінність девіацій розрахованої та кінцевої рефракції очей з імплантованими ІОЛ між ультразвуковим імерсійним та оптичним методами статистично незначна.

ВИЗНАЧЕННЯ РАННІХ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ВІКОВІЙ ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ

Комарова Т.М.

DETERMINATION OF EARLY CHANGES IN FUNCTIONAL PARAMETERS IN AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

Komarova T.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Вітовська О.П.

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність. Вікова дегенерація макули (ВДМ) – хронічне прогресуюче дегенеративне захворювання сітківки, під час якого відбуваються необоротні зміни в макулі, що, в свою чергу, призводить до погіршення або втрати центрального зору. ВДМ є основною причиною порушення гостроти зору у людей старше 50 років у ряді розвинених країн, частота захворювання різко збільшується з віком. Очікується, що в Сполучених Штатах Америки випадки погіршення зору та сліпоти від ВДМ збільшаться з 620 тисяч у 2020 році до приблизно 1 мільйона у 2050 році навіть при широкому застосуванні вітамінної профілактики на ранніх стадіях ВДМ та лікуванні неоваскулярних форм ВДМ. Британський журнал офтальмології повідомляє, що у Європі 77млн людей до 2050 року страждатимуть на ВДМ.

Мета. Визначити функціональні показники (гостроту зору та контрастну чутливість) у пацієнтів з віковою дегенерацією макули (суха форма) та у пацієнтів без офтальмологічної патології.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані досліджень 2 груп жінок постменопаузального віку: 1 група (58 очей) – пацієнтки з віковою дегенерацією макули (суха форма) – група дослідження; 2 група (29 очей) – особи без офтальмологічної патології – контрольна група, які проходили лікування на клінічних базах кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

У групах не було відмінностей за статтю та віком, середній вік пацієнтів обох груп становив 65 років. Для дослідження використовували таблиці «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test».

Результати. Гострота зору за шкалою ETDRS у групі дослідження становила $0,2 \pm 0,06$ ($p=0,101$), у контрольній групі – $0,1 \pm 0,06$ ($p=>0,1$). Рівень значимості між групами становить $p<0,001$.

У контрольній групі логарифмічні значення контрастної чутливості (log CS) становили 1,6 (1,56-1,64) log CS ($p=<0,01$). Для пацієнтів досліджуваної групи цей показник був знижений до 1,04 (0,96-1,12) log CS ($p=0,011$). Рівень значимості між групами $p<0,001$.

Висновки. Визначено, що при високих показниках гостроти зору спостерігаються достовірні зміни контрастної чутливості ($p<0,001$). Помічено, що внаслідок вікової дегенерації макули спостерігаються функціональні втрати при сприйнятті об'єктів низької контрастності. Визначення контрастної чутливості за допомогою таблиць «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test» проводиться швидко, що дозволяє використовувати метод як для скринінгу, так і для контролю функціонального стану сітківки в динаміці.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ПІДБОРУ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ

Кочугур І. В.

EFFICIENCY OF PERSONALIZED SELECTION OF INTRAOCULAR LENSES

Kochuhur I.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Вікова катаракта в структурі захворювань очей займає одне з провідних місць в світі (42%). В зв'язку зі збільшенням пенсійного віку постала проблема зниження працездатності у працюючого населення. Однією з важливих задач сучасної офтальмології є відновлення якісного зору в післяопераційному періоді. Впродовж тривалого часу домінуючу роль мала гострота зору, що обумовлено простотою дослідження та можливістю порівнювати цифрові дані. Проте функціональні особливості зорового аналізатора в післяопераційному періоді не обмежуються тільки дослідженням гостроти зору. Відомо, що в оцінці якості зору провідна роль належить дослідженню просторової контрастної чутливості, так як характеризує здатність зорової системи сприймати та аналізувати розподіл яскравості в полі зору. Таким чином, дослідження просторової контрастної чутливості у пацієнтів після факоемульсифікації з імплантацією інтраокулярної лінзи дозволяє об'єктивно оцінити якість отриманого зору.

Мета. Підвищення ефективності якості зорових функцій шляхом персоналізованого підбору інтраокулярної лінзи.

Матеріали та методи. Буде досліджено 350 пацієнтів, у яких діагноз вікова катаракта, який було встановлено інструментальними методами обстеження. Будуть застосовані наступні методи дослідження – офтальмологічні (візометрія, біомікроскопія, оптична когерентна томографія, візоконтрастометрія), клінічні спостереження за пацієнтами після виконання хірургічного лікування, анкетування та методи статистичного аналізу. Дослідження буде проводитися у мезопічних (5 кд /м2) та фотопічних (85 кд /м2) умовах на низьких (1,5 срд), середніх (3, 0 та 6,0 срд) та високих (12,0 та 18,0 срд) просторових частотах у ранній (7 д.), пізній (1 міс.) та віддалений (6 міс.) післяопераційні періоди.

Результати. Уперше буде виявлено зв'язок порогу контрастної чутливості та відновлення якості зорових функцій після оперативного лікування. Проведено математичне моделювання визначення оптимальної інтраокулярної лінзи для якісного зору після операції.

Висновки. На підставі аналізу результатів дослідження, планується розроблення критеріїв персоналізованого підбору інтраокулярної лінзи з урахуванням порогу контрастної чутливості пацієнта, що дозволить поліпшити результат лікування та сприятиме покращенню якості зору хворих.

ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ ФОРМИ ОПИТУВАЛЬНИКА ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ НАЗАЛЬНИХ СИМПТОМІВ В АНАЛІЗІ ПОШИРЕНOSTІ НЕАЛЕРГІЧНИХ РИНИТІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Лаврущенко Д. В., Ламза Н.В.

USE OF A MODIFIED QUESTIONNAIRE FORM TO DETECT NOSAL SYMPTOMS IN ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF NON-ALLERGIC RHINITIS AMONG POPULATIONS

Lavrushchenko D., Lamza N.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент, Ламза Н. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедрою: д.м.н., професор, Ковтуненко О. В.

*Дніпропетровський державний медичний університет
м. Дніпро, Україна*

Актуальність. Незважаючи на те, що в останні роки спостерігається тенденція до акцентуалізації проблеми риніту, етіологія та патогенез неалергічного риніту висвітлені в літературі недостатньою мірою. Традиційно виділяють алергічний та неалергічний риніти, що мають схожі симптоми. Це створює умови для встановлення неправильного діагнозу і призначення некоректної терапії.

Принципово різні підходи до лікування різних видів риніту, вплив на якість життя та економічні витрати для пацієнта створюють передумови для вивчення поширеності назальних симптомів, що можуть вказувати на патогенез процесу та проведення правильної диференційної діагностики між ними.

Мета. Вивчити розповсюдженість форм хронічного риніту в Дніпровському регіоні. Диференціювати на рівні анкетування форми хронічного риніту

Матеріали та методи. Було проведено анкетування 78 осіб 20-60 років (31 чоловіків і 47 жінок). Анкету було розроблено у вигляді Google форми, за основу якої було взято опитувальник SNOT-22 для виявлення назальних симптомів. Окрім основних симптомів, форма включала питання щодо вікової та статевої приналежності, алергологічного анамнезу.

Результати. На основі проведеного дослідження було визначено, що випадки риніту відзначають 64% опитуваних, з них 46% - риніти неалергічного і 18% алергічного генезу.

Так у віковій групі 20-30 років (10 чоловіків та 14 жінок) виникнення назальних симптомів неалергічного риніту відзначили 33%, в групі 30-40 років (8 чоловіків та 14 жінок) – 46%, в групі 40-50 років (7 чоловіків і 10 жінок) – 53%, а в групі 50-60 років (6 чоловіків і 9 жінок) – 60%.

Серед жінок усіх вікових груп симптоми неалергічного риніту відзначають 42 % опитуваних, серед чоловіків цей показник складає 51%. Однак серед жінок суттєво вищий показник виникнення патогномонічних симптомів алергічного риніту – 71% усіх випадків, тоді як частка чоловіків з такими ж симптомами складає 29%.

Загалом неалергічний риніт серед опитуваних усіх вікових груп складає 72 % від усіх випадків виникнення назальних симптомів.

Також була відзначена значна кореляція між виникненням різних симптомів. Так, нежить та закладеність носу спостерігалась у 89% опитуваних, які мали ознаки неалергічного риніту, а сльозотеча та раптовий свербіж в очах лише у 2,7%. Також 44% учасників не могли пов'язати свої симптоми з зазначеними у анкеті провокуючими факторами.

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного дослідження було виявлено, що 64% опитуваних відзначали у себе ознаки запального захворювання слизової оболонки носа та/або пазух. З них 46% складають неалергічні риніти, що у 2,6 рази більше ніж риніти алергічного генезу.

Проведене дослідження, також свідчить, що дуже мала кількість учасників (14% від загальної кількості учасників, що мали симптоми) звертається за допомогою до медичних закладів, що в свою чергу створює передумови для неефективності лікування, формування лікарської залежності та тахіфілаксії до лікарських засобів, погіршення комплайенсу терапії, що, в свою чергу, ще більше ускладнює проблему. При цьому лише 1 з 36 осіб (2,7%), які мали ознаки неалергічного риніту звернувся за консультацією до спеціаліста.

МЕТААНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ АКУБАРОТРАВМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ДІЇ ЗА ДАНИМИ СВІТОВИХ ДЖЕРЕЛ

Малишев К. С., Тренчук М.Ю.

METHANAL ANALYSIS OF FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONSEQUENCES OF ACUBAROTRAM IN MILITARY SERVANTS AFTER MINING AND EXPLOSIVE ACTION

Malyshev K., Trenchuk M.

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

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедру: д.мед.н., професор Деева Ю.В.

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

Актуальність: в Україні на протязі 8 років триває війна, за статистичними даними 45% військовослужбовців, що отримали бойове поранення, мають скарги на порушення слуху та встановлений діагноз акубаротравма, тому є доцільним ознайомлення з актуальними підходами в діагностиці та лікування данної проблеми.

Мета роботи: провести аналіз даних світової літератури, щодо особливостей впливу мінно-вибухової дії на систему слуху, виявити найбільш ефективні та актуальні методи діагностики та лікування.

Матеріали і методи: в данній науковій роботі був проведений метааналіз 10-ти джерел світової літератури, за період 2013-2021 років, в яких описувались різні особливості, мінно-вибухового впливу, на слухову систему та алгоритми діагностики та лікування.

Результати: За даними джерел світової літератури, загальними скаргами у більшості пацієнтів з акубаротравмою є, зниження слуху, шум у вухах, та посттравматичні дефекти зовнішнього слухового ходу.

Для діагностики мінно-вибухової дії на систему слуху, у поранених військовослужбовців, частіше за все використовували, отоскопію, ендоскопічний огляд зовнішнього слухового ходу, порогову тональну аудіометрію, та акустичну імпедансометрію, комп'ютерну томографію.

Для лікування акубаротрами частіше за все використовувалась рання терапія кортикостероїдами та їх, інтратиманальне введення, гіпербарична оксигенація, тимпаноластика при перфоративних ураженнях барабанної перетинки, антибактеріальна терапія при інфекційних ускладненнях, середнього вуха.

Висновок:

Найбільшу ефективність при діагностиці функціонального стану системи слуху, за даними проаналізованої літератури, є порогова тональна аудіометрія, що дозволяє дізнатися про функціональний стан звукопровідної та звукоприймальної функції, та імпедансометрія, що виявляє ураження, середнього та внутрішнього вуха.

Отоскопія та ендоскопічне дослідження зовнішнього слухового ходу, частіше не співпадає по тяжкості ураження, з функціональними ураженнями, системи слуху.

В результаті ознайомлення з різними методиками лікування за даними, світової літератури, було виявлено що рання терапія, кортикостероїдами (в перші 2 тижні), при неефективності, було використано інтратиманальне введення кортикостероїдів, сприяло припиненню прогресування нейросенсорної приглухуватості, та покращення функції слуху у більшості військовослужбовців.

ВПЛИВ ІНТРАТЕКАЛЬНОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НА ПЕРЕБІГ ВІДНОВНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ТРАВМІ СІДНИЧОГО НЕРВА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Меліков З.К.

IMPACT OF MESENCHYMAL STEM CELLS' INTRATHECAL TRANSPLANTATION ON THE RECOVERY PROCESS IN SCIATIC NERVE INJURY.

Melikov Z.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. кафедри нейрохірургії Медведєв В.В.

Кафедра нейрохірургії

Зав. кафедрою нейрохірургії академік НАМН та НАН України, професор В.І. Цимбалюк

НМУ імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ. На травми периферичних нервів (ТПН) припадає 1–3 % усіх травм мирного часу і 12 % бойових травм. Розрахункова річна захворюваність для України — 18 тис. випадків, з яких 75 % припадає на чоловіків працездатного віку; розрахункова кількість інвалідизованих внаслідок ТПН осіб в Україні — приблизно 300 тис.

Мета дослідження. З'ясувати актуальний стан проблеми відновного лікування ТПН, окреслити причини обмеження ефективності існуючих засобів відновного лікування ТПН і виявити найменш досліджений напрямок їхнього удосконалення.

Огляд. Виходячи з доступних даних, можна стверджувати, що, попри використання сучасних мікрохірургічних засобів з'єднання та супутнього консервативного лікування, відновлення функцій травмованого нерва обмежене. Це обумовлено 4 патофізіологічними причинами: 1) відсутністю правильної просторової організації регенераційного росту нервових волокон у ділянці ТПН, що призводить до неповної і неточної репопуляції волокнами дистальної культі нерва; 2) загибеллю нейронів спинномозкового вузла і спинного мозку і нааступною загибеллю інших нейронів центральних структур нервової системи; 3) обмеженістю нейропластичного процесу, покликаною оптимізувати топологію нейронної мережі мозку задля компенсації втрачених функцій за рахунок збережених частин рухової системи; 4) незворотною атрофією денервованих м'язів. Виходячи з цього, покращення результату відновного процесу при ТПН можна досягнути при розвитку трьох типів засобів і втручань, сфокусованих на: 1) епіцентрі травми — просторове її облаштування для швидкого і правильного проростання аксонів; 2) центральних структурах нервової системи — попередження постаксонотомічної загибелі нейронів головного та спинного мозку, стимулювання пластичності нейронних мереж; 3) паретичних м'язах — попередження загибелі м'язових волокон і фіброзу м'яза, підтримання пластичності м'язів. Розробку засобів першого типу пов'язують із вдосконаленням технологій з'єднання частин травмованого нерва, а особливо — зі створенням тунельованих біоінженерних імплантатів, часто — поєднаних з різними видами недиференційованих клітин і факторами росту. Засоби другого типу повинні забезпечувати загальний вплив на центральні відділи нервової системи факторами росту і пластичності, зокрема такими, що продукуються стовбуровими клітинами, а також різноманітними фізичними нейрореабілітаційними заходами. Засоби третього типу спрямовані на денервовані м'язи — фізичні нейрореабілітаційні впливи, факторна підтримка міопластичного процесу, у тому числі шляхом внутрішньом'язової трансплантації стовбурових клітин чи їхніх нащадків.

Висновки. Серед перерахованих трьох напрямків — другий при очевидній перспективності залишається практично не вивчений. З огляду на це, вважаємо перспективним з наукової і практичної точки зору вивчення ефективності трансплантації у речовину мозку мезенхімальних стовбурових клітин на тлі ТПН — відомого джерела антинейродегенеративних і пронеуропластичних факторів.

ПІДСТУПНИЙ ВБИВЦЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК - МЕЛАНОМА ХОРОІДЕЇ

Москалець І.О.

CUNNING KILLER: CLINICAL CASE - CHORROID MELANOMA

Moskalets I.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Хороїдальна меланома є найпоширенішою первинною внутрішньоочною злоякісною пухлиною. Меланома може вражати різні органи людини, але око знаходиться на другому місці за поширеністю. Захворюваність на первинну меланому хороїдеї становить близько 6-7,5 випадків на 1 мільйон населення в залежності від популяції (Parul Singh and Aebhishek Singh, 2012). В переважній більшості випадків дане захворювання протікає безсимптомно та виявляється випадково під час офтальмологічного обстеження. Меланома хороїдеї зустрічається серед людей різних вікових груп, однак більш характерна для людей старше 60 років і частота її виникнення збільшується з віком.

Даний клінічний випадок досить рідкісний. Пацієнт 50 років мав періодичне зниження зору, появу туману перед лівим оком, що погіршились протягом останніх 7 днів. Шляхом ретельного офтальмологічного дослідження встановлено діагноз меланома хороїдеї, хворому була проведена енуклеація та призначена подальша терапія.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок меланоми хороїдеї лівого ока.

Матеріали і методи: Пацієнт 50 років звернувся до офтальмологічного відділення КНП «КМКЛ №9» по швидкій допомозі зі скаргами на зниження зору, періодичну появу туману перед лівим оком, що погіршились протягом останніх 7 днів з попереднім діагнозом увеїт лівого ока. Гострота зору правого ока 1,0, лівого 0,8, рефракція не визначається. Внутрішньочний тиск правого ока 18 мм рт. ст., лівого ока -19 мм рт. ст. Об'єктивно: праве око - без патологічних змін. Ліве око: часткове помутніння задніх кортикальних та субкапсулярних шарів кришталика, в склистому тілі поширені помутніння, що плавають. Очне дно під фльором, проглядається блідо – рожевий диск зорового нерва з чіткими межами, артерії сітківки звужені, вени поширені, повнокровні. За даними оптико когерентної томографії макули наявний парафовеолярний набряк сітківки. При огляді з широкою зіницею в верхньо-назальному квадранті за райдужкою виявлено новоутворення куполовидної форми темного кольору, що промінує. При ультразвуковому дослідженні лівого ока виявлено новоутворення хороїдеї у верхньо-назальному квадранті. Було встановлено діагноз: меланома хороїдеї? Хворий був направлений до ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова» для додаткового обстеження і вирішення тактики подальшого лікування. В інституті встановлено діагноз - меланома хороїдеї, 4 стадія з метастазами в печінку та легені. Хворому проведена енуклеація лівого ока, та рекомендовано курс хіміотерапії за місцем проживання.

Висновки. Тільки повне офтальмологічне дослідження дозволило встановити правильний діагноз меланоми хороїдеї. Таким чином, офтальмолог має бути завжди насторожений з приводу непластичних процесів ока для їх ранньої діагностики та вчасного лікування.

ВПЛИВ ІНТРАВІТРЕАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ АНТИ-VEGF ПРЕПАРАТУ ПЕРЕД ВІТРЕКТОМІЄЮ НА ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ

Сірко Г.А.

EFFECT OF INTRAVITREAL INTRODUCTION OF ANTI-VEGF DRUG BEFORE VITRECTOMY ON INTRA AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENT WITH PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY

Sirko H.

Науковий керівник: к. мед. н., асистент Стебловська І.С..

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Завідувач кафедри: к. мед. н., Безега М.І.

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність. Діабетична ретинопатія проліферативна стадія (ПДРП) – є одним з найбільш злоякісних ускладнень цукрового діабету. Характеризується неоваскуляризацією диску зорового нерву (ДЗН), задньої галоїдної мембрани (ЗГМ) та інших відділів сітківки з наступними крововиливами в скловидне тіло (СТ) та проліферативними процесами.

Мета роботи. Дослідити вплив інтравітреального введення (ІВВ) анти-VEGF препарату перед вітректомією на інтра- та постопераційні ускладнення у пацієнтів з проліферативною діабетичною ретинопатією.

Матеріали та методи. В даному дослідженні брали участь 35 пацієнтів з ПДРП. Середній вік досліджуваних - $65 \pm 2,1$.

Пацієнти були розділені на 2 групи в залежності від ускладнень після вітректомії з введенням Афліберсепту. До першої групи увійшло 17 пацієнтів, котрим проводилось передопераційне ІВВ Афліберсепту та через 1 місяць після оперативного втручання. Другу групу склали 18 пацієнтів, яким інтравітреальне введення анти-VEGF препарату проводилось лише в доопераційному періоді. Пацієнтам проводились стандартні офтальмологічні дослідження, а також ОКТ сітківки, ангіографія сітківки, УЗД дослідження та фундус-фото.

Результати. У дослідженні було виявлено, що гострота зору першої групи до операції з попереднім введенням препарату становила $0,05 \pm 0,03$. Середня товщина сітківки дорівнювала $455 \pm 11,07$ мкм. Дані показники статистично достовірно зросли через 1 місяць після оперативного лікування та становили: гострота зору $0,3 \pm 0,2$, товщина сітківки – $210 \pm 7,4$ мкм. У пацієнтів другої групи доопераційні показники становили: гострота зору – $0,04 \pm 0,02$, товщина сітківки макулярної зони – $479,8 \pm 9,54$. Через 1 місяць після операції відмічене статистично достовірні зміни в функціональних результатах. Але гострота зору знизилась та становила $0,02 \pm 0,04$, у зв'язку з збільшенням к-сті пацієнтів з ускладненням в пізньому післяопераційному періоді, а саме рецидивуючими гемофтальмами. Середнє ж значення товщини центральної зони сітківки у обстежуваних другої групи дорівнювало $315,2 \pm 6,13$ мкм. У пацієнтів 1 групи кількість післяопераційних ускладнень статистично достовірно ($p < 0,01$) була меншою, ніж в 2 групі досліджуваних.

Висновки. Нами було встановлено, що у пацієнтів з повторним, інтравітреальним введенням анти-VEGF препарату відбувалось зниження кількості ускладнень в післяопераційному періоді та вищі морфофункціональні результати після проведеного оперативного втручання.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ З ВІДКРИТОКУТОВОЮ ГЛАУКОМОЮ

Соломаха К.М.

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DRY EYE DISEASE IN PATIENTS WITH OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Solomakha K.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г., к.мед.н., доцент Куріліна О.І.

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Глаукома та хвороба сухого ока (ХСО) дуже часто пов'язані з віком, і тому обидві ці патології потребують дедалі більшої уваги. Після 60 років мейбомієві залози, які продукують сальний секрет, припиняють правильно функціонувати, що призводить до фізіологічного дефіциту та порушення слізної плівки, й, відповідно, розвитку ХСО. У лікуванні глаукоми застосовують гіпотензивні препарати, які підбираються індивідуально на тривалий час. Частим побічним ефектом такої тривалої терапії є розвиток ХСО, індукованої, як правило, інволюційними змінами поверхні ока в поєднанні з токсичною дією консервантів, що містяться в очних краплях.

Мета. Проаналізувати доцільність призначення зволожувальних очних крапель у складі місцевого лікування глаукоми при тривалому використанні гіпотензивних препаратів для запобігання розвитку ХСО.

Матеріали та методи. В дослідження увійшло 48 пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою (96 очей), які були поділені на три групи в залежності від терапії гіпотензивними засобами: 1-а група - отримували інстиляції аналогів простагландинів без консервантів; 2-а група - призначалися аналоги простагландинів та 3-я група - бета-блокатори. В останніх двох групах до складу гіпотензивних препаратів входив у якості консерванту бензалконію хлорид. Середній вік пацієнтів 64,5 років. З них 29 жінок і 19 чоловіків. Крім стандартних методів офтальмологічного обстеження всім пацієнтам проводили дослідження сльозопродукції та стану слізної плівки за допомогою тесту Ширмера, проби Норна, фарбування рогівки та кон'юнктиви ліссаміновим зеленим. ХСО була виявлена у 93% випадків. Основними скаргами були: дискомфорт в очах, почервоніння, відчуття печіння, сухості, слезотеча, особливо на вулиці. У пацієнтів 1-ї групи (20 осіб) був встановлений діагноз ХСО I стадії, у хворих 2-ї та 3-ї груп виявлена ХСО II-III стадії. У зв'язку з встановленим діагнозом пацієнтам були призначені безконсервантні сльозозамінники, які містять у своєму складі гіалуронову кислоту, таурин та вітаміни групи В і Е. Очні краплі призначалися 4 рази на день протягом трьох місяців.

Результати. Через три місяці на фоні лікування повторно проведено дослідження передньої поверхні ока та стандартне офтальмологічне дослідження. В результаті призначення сльозозамінників ступінь тяжкості ХСО у пацієнтів поліпшився, що проявилось значним зниженням суб'єктивних скарг, відновленням епітеліального шару рогівки. У пацієнтів з I стадією ХСО показники нормалізувалися, а у хворих, що мали II-III стадію ХСО показники покращилися на 68% порівняно з вихідними даними, що і обумовило доцільність використання препаратів штучних сліз.

Висновки. Пацієнти з глаукомою, які отримують місцеву гіпотензивну терапію потребують постійного призначення зволожувальних крапель, щоб попередити розвиток ХСО, зменшити дискомфорт і підвищити комплаєнс призначеного лікування.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТОПІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ РИНОСИНУСИТОМ

Фалько А.М., Науменко О.М.

OPTIMIZATION OF TOPICAL THERAPY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS

Falko A., Naumenko O.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Науменко О.М.

Кафедра отоларингології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: В останні роки функціональна ендоскопічна ринохірургія (FESS) стала основним методом, лікування пацієнтів з хронічними риносинуситами. Однак, вірно виконане оперативне втручання це лише частина лікувального процесу, для досягнення позитивного терапевтичного ефекту також необхідно вибрати вірну тактику ведення післяопераційного періоду. До сьогодні не існує єдиного погляду на ведення, післяопераційного періоду, хоча за результатами довготривалих спостережень більшість пацієнтів і відмічають позитивні результати після перенесеної FESS, все ще значною залишається частка пацієнтів, що потребують реоперацій, через виникаючі ускладнення. Основна частка післяопераційних ускладнень, частіше виникає не внаслідок помилок хірурга, а через недостатній контроль за процесами регенерації пошкоджених під час операції тканин та недостатнього нагляду за післяопераційною раною на ранніх етапах загоєння слизової оболонки.

Мета: Вивчення зміни біохімічних показників слизової оболонки носа у хворих на хронічний риносинусит.

Матеріали та методи: Популяція із 16 пацієнтів з діагнозом хронічний риносинусит, після оперативного лікування. У групі дослідження (8 пацієнтів) використовувалась топічна терапія з використанням Іригації N-ацетилцистеїну вмісного препарату. У групі контролю (8 пацієнтів) використовувалась топічна терапія з використанням іригації ізотонічним розчином. Проводилося анкетування з використанням тесту SNOT22; біохімічне дослідження золью слизової оболонки носа на зміни показників активності індукованої NO-синтази, аргінази, конститутивних ізоформ NO-синтази; зміни концентрації сульфгідрильного радикала, L-оксипроліну, загальних глікозаміногліканів, на 1 добу до хірургічного лікування та на 3, 10, 28 добу після хірургічного лікування. Забір матеріалу проводився до проведення будь-яких топічних маніпуляцій в порожнині носа, методом взяття мазку за допомогою зонду для забору проб Probe swab (Китай). Категорія виключення: психічно хворі; пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини.

Результати: У групі дослідження ми встановили кращу динаміку показників тесту SNOT22 відносно групи порівняння. Крім того, спостерігалася збільшена активність iNOS, яка спостерігається в контрольній групі, може призводити до руйнування аморфної речовини сполучної тканини, що підтверджується більш високими концентраціями ГАГ. Збільшення концентрації вільного L-оксипроліну в контрольній групі пацієнтів, говорить про руйнування колагенових волокон, шляхом активації матриксних металопротеїназ. Збільшена концентрація сульфідного аніону в контрольній групі свідчить про розвиток більш інтенсивного оксидативного стресу. Активність конститутивних ізоформ статистично значуще не змінюється протягом усього експерименту.

Висновки: N-ацетилцистеїн здатний пригнічувати активацію транскрипційного фактора NF-kB, чим можна пояснити зниження активності iNOS. N-ацетилцистеїн також здатний безпосередньо знижувати процеси деградації аморфної речовини сполучної тканини, зміщувати баланс в системі протеоліз / антипротеоліз в бік переважання антипротеолітичного компонента, нормалізує фізіологічну продукцію та утилізацію сульфідного аніона шляхом впливу на меркаптопіруват-серотрансферазу, підтримуючи таким чином фізіологічну концентрацію сульфідного аніона, перешкоджаючи одночасно як накопичення надмірного сульфіда, так і його недостатньої продукції.

Застосування топічного N-ацетилцистеїну в післяопераційний період призводить до зменшення активності NO-синтаз за рахунок зниження активності індукційної ізоформи, підвищуючи при цьому активність аргінази, які є потужними стимуляторами проліферації тканин. Він, також, знижує інтенсивність деградації сполучної тканини у післяопераційний період, що підтверджується зниженням концентрації глікозаміногліканів та вільного L-оксипроліну.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ АНЕВРИЗМИ (ПСЕВДОАНЕВРИЗМИ) А. MAXILLARIS ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ТЕХНІКИ

Хасанетов Б.С.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF TRAUMATIC ANEURISM (PSEUDOANEURISM) A. MAXILLARIS WITH THE USE OF ENDOVASCULAR TECHNIQUE

Khasapetov B.

Науковий керівник: Копчак А.В. д.мед.н. професор, завідувач кафедри щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО НМУ імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: Копчак А.В. д.мед.н. професор

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

Вступ. Аневризми зовнішньої сонної артерії та її гілок є рідкісним патологічним станом, що становить серйозну проблему для щелепно-лицевих хірургів, як з точки зору діагностики, так і лікування. Справжні аневризми – це локалізовані, аномальні розширення артерій, викликані ослабленням їх стінок, що містять всі три шари: інтиму, середню оболонку і адвентицію, натомість, – це травматичне пошкодження судин, яке виникає в результаті розриву артеріальної стінки з екстравазацією крові в навколишні тканини. У літературі описано багато різних методів лікування псевдоаневризм. Вони включають спостереження, компресію, лігування та хірургічне видалення або ендоваскулярну емболізацію/стенування. Важливе значення для визначення локалізації, характеру та ступеня ураження мають додаткові методи дослідження. Як метод скринінгу УЗД з доплерографією, після чого контрастна КТ або ангіографія підтверджує діагноз.

Мета роботи. Представити клінічний випадок рідкісної форми судинної патології з щелепно-лицевою локалізацією.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим наглядом перебував хворий - чоловік, 56 років, 05.03.2022 отримав множинні ножові поранення, в тому числі в правій щічній, вилицевій та підочної ділянці. 05.03.2022 бригадою швидкої медичної допомоги був доставлений до приймально-діагностичного відділення КНП КОР «КОКЛ» із ознаками інтенсивної кровотечі, у невідкладному порядку пацієнту виконано МСКТ кісток лицевого та мозкового черепу, МСКТ органів грудної порожнини, МСКТ органів черевної порожнини, взято кров для проведення лабораторних досліджень. В ургентному порядку пацієнта було подано до операційної, де було проведено зупинку кровотечі, ПХО ран правої щічної, вилицевої та підочної ділянки. 15.04.2022 повторно звернувся до КНП «КОКЛ» зі скаргами на постійний ниючий який посилюється при жуванні. З анамнезу було встановлено, що припухлість в привушній та за щелепній ділянках періодично збільшувалася в розмірах, при пальпації визначали біль та помірну пульсацію.

Для диференційної діагностики патологічного стану в правій привушно-жувальній ділянці, пацієнта було направлено на УЗД із доплерографією. За даними УЗД в проекції кута і гілки нижньої щелепи візуалізувався пульсуючий утвір 15x18 мм пов'язаний із судинами системи зовнішньої сонної артерії, при КДК реєструється турбулентний кровотік.

Після отримання результатів УЗД для диференційної діагностики, уточнення характеру ушкодження та його лікування було прийнято рішення про проведення селективної артеріографії зовнішньої сонної артерії з негайною ендоваскулярною емболізацією/стенуванням ушкодженої судини (правої верхньощелепної артерії). Під місцевою анестезією доступом Сельдінгера через праву стегнову артерію (інтродуктор 6F) до правої зовнішньої сонної артерії введено катетер 5F типу «HeadHunter». На ангіографії виявлено вогнище овальної форми, псевдоаневризма правої верхньощелепної артерії розміром 5x3 см з турбулентним кровотоком в її порожнині. Більша частина утворення інтенсивно накопичувала контраст, лише деякі периферальні ділянки були заповнені тромботичними масами. Контрольне сканування показало, що верхньощелепна артерія була заблокована і ознак накопичення контрасту всередині аневризми не виявлено. Інтродусер і катетер видалені.

У післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось, на третій день після процедури пацієнт був виписаний додому із рекомендаціями по лікуванню супутніх ушкоджень.

Висновки. Таким чином, псевдоаневризма лицьової ділянки є рідкісним станом, який завжди слід враховувати при диференційній діагностиці уражень м'яких тканин у ділянках, прилеглих до розташування артерії. УЗД із доплерографією та ангіографія системи сонної артерії є основними процедурами, які використовують для точної діагностики та планування лікувальних заходів. У літературі обговорюється багато варіантів лікування, які включають висічення, лігування та емболізацію уражених артерій. Наше спостереження свідчать про успішне лікування псевдоаневризми верхньощелепної артерії ендоваскулярною емболізацією, проведеною під контролем цифрової субтракційної ангіографії. Основними перевагами методики були її висока точність і мінімальна інвазивність.

ОССИКУЛОПЛАСТИКА ЯК ЕТАП РЕКОНСТРУКЦІЇ СЕРЕДНЬОГО ВУХА ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Яшан А.О.

OSCYCULOPLASTY AS A STAGE OF RECONSTRUCTION OF THE MIDDLE EAR AFTER MINE EXPLOSION INJURY

Yashan A.

Яшан А.О., проф. Яшан О.І.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України

Кафедра отоларингології, офтальмології та нейрохірургії,

зав. проф., д-р. мед. наук О.І.Яшан

Тернопіль, Україна

Вступ. Оссикулопластика, а саме відновлення цілісності ланцюга слухових кісточок, у більшості випадків є одним з етапів реконструктивних операцій на середньому вусі. Ураження кісточок здебільшого спостерігається при хронічних гнійних, секреторних та адгезивних середніх отитах, а також – після травматичних уражень середнього вуха (удар, вибух, тощо). Відтворення ланцюга слухових кісточок максимально наближеного до природного, передусім після мінно-вибухової травми, має свої особливості та вимагає удосконалення.

Мета. Покращити ефективність відновлення звукопровідного механізму за допомогою склоіономерного цементу у пацієнтів після мінно-вибухової травми середнього вуха.

Матеріал і методи. На базі ЛОР-відділу Тернопільської обласної лікарні було успішно прооперовано 15 осіб з діагнозом гострий посттравматичний перфоративний середній отит, причому семеро з них мали перфорації обох барабанних перетинок. Усім цим пацієнтам була проведена тимпанопластика, в ході якої у двох випадках було діагностовано дислокацію ковадло-стремінного суглобу, у одного - перелом шийки молоточка. Для реконструкції ковадло-стремінного суглоба ми використали склоіономерний цемент «Ketac».

Результати. Запропонований метод реконструкції ковадло-стремінного суглобу після мінно-вибухової травми за допомогою склоіономерного цементу показав виражене суб'єктивне покращення слуху, значуще зниження порогів по повітряній провідності та зменшення повітряно-кісткового інтервалу на тональній аудіограмі.

Висновки. 1. Застосування склоіономерного цементу для відновлення ковадло-стремінного з'єднання є ефективним методом реконструкції звукопровідного механізму у пацієнтів після мінно-вибухової травми середнього вуха.

2. Використання склоіономерного цементу є простим та ефективним методом покращення слуху після мінно-вибухової травми.