

**ГЕМОДИНАМІКА ОКА ПРИ  
МОНОЛАТЕРАЛЬНОМУ ТА БІЛАТЕРАЛЬНОМУ  
РЕЦИДИВУЮЧОМУ СТРОМАЛЬНОМУ  
ГЕРПЕТИЧНОМУ КЕРАТИТІ**

**Храменко Н. І., Дрожжина Г. І., Гайдамака Т. Б.**

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.  
Філатова НАМН України», Одеса, Україна*

Герпетичний кератит (ГК) – основна причина сліпоти у світі, яка викликана патологією рогівки (РО) (Darougar S et al., 1985; Farooq AV, Shukla 2012). Вірус простого герпесу (ВПГ) - ВПГ-1 має найбільший зв'язок із очною патологією. За літературою при аутопсії майже у 100% пацієнтів старше 60 років виявляється ВПГ у трійчастому ганглії (Bursea M et al., 2015). ВПГ викликає цілий спектр змін, починаючи від епітеліопатії рогівки до стромального кератиту, кератоувеїту, нейтротрофічного кератиту (Tsatsos M, et al., 2016). Стромальний герпетичний кератит (СГК) – найчастіша форма ураження рогівки при рецидиві ГК, що складає 20-50 % випадків, та яка призводить до значного зниження зору. СГК є імуномодульованим захворюванням, що виникає в результаті хронічної реактивації вірусу простого герпесу (ВПГ 1 та 2 типу). За даними сучасної літератури відомо, що за наявності СГК часто спостерігається невідповідність між клінічним станом ока, що спостерігає офтальмолог, та реальним рівнем запалення, яке, зокрема, фіксують за результатами патоморфологічного дослідження диска рогівки при кератопластиці (Гайдамака Т.Б. і соавт., 2011; Holbach LM. 1991). Важливим завданням сучасної клінічної офтальмології є пошук біомаркерів, які можуть допомогти прогнозувати характер перебігу запального процесу,

зокрема можливість хронізації та рецидивування процесу, ймовірність появи ускладнень. За даними наших попередніх робіт (Гайдамака Т.Б. і співавт., 2011) було визначено особливості кровообігу ока та мозку при рецидиві та ремісії СГК та при різному характері рецидивування. Однак немає відомостей про регіональну гемодинаміку при особливостях латеральності СГК, адже при білатеральному СГК збільшується площа запального процесу.

**Мета:** визначити стан гемодинаміки ока при монолатеральному та білатеральному рецидивуючому СГК.

**Матеріал та методи:** Часто рецидивуючий СГК був у 107 осіб (120 очей), з них - у 94 хворих (94 очей) з монолатеральним ураженням та у 13 хворих з білатеральним СГК (26 очей). Рідко рецидивуючий СГК (рецидиви 1 раз на рік та менше) був у 72 осіб, з них - у 66 хворих (66 очей) з монолатеральним ураженням та у 3 хворих (6 очей) з білатеральним СГК. Невстановлений характер рецидивування СГК (коли пацієнту складно фіксувати частоту запалень, відсутні відомості з інших медустанов) було у 29 хворих, з них - 24 осіб (24 ока) з монолатеральним ураженням та 5 осіб з білатеральним ураженням (10 очей). Середній вік хворих ( $M \pm SD$ ) –  $42,2 \pm 15,0$  років. Контрольну групу склали 16 здорових волонтерів (32 ока) аналогічного віку. Всім пацієнтам проводилася візометрія, вимірювання ВГД, офтальмоскопія, біомікроскопія, периметрія, дослідження електричної чутливості та лабільності зорового нерва за фосфеном. Реоофтальмографію (РОГ) проводили з використанням комп'ютерного реографічного комплексу "Реоком" (Україна, Харків). При аналізі РОГ розглядали показники об'ємного пульсового кровонаповнення за реографічним коефіцієнтом RQ (%), швидкість

максимального кровонаповнення за показником  $V$  (Ом/с), тонічні властивості судин великого та дрібного калібру за показником  $\alpha 1/T$  (%) та  $\alpha 2/T$  (%) відповідно. Письмова поінформована згода була отримана від кожного учасника після докладного пояснення характеру дослідження.

**Результати:** В цілому по групі рецидивуючого СГК, яку склало 205 хворих, монолатеральне ураження було у 184 хворих (89,7% випадків), а білатеральне – в 8,8 разів менше – у 21 хворого (11,4% випадків). При рецидиві білатерального СГК підвищення об'ємного пульсового кровонаповнення (RQ) було більшим порівняно з монолатеральним СГК – на 26,4% ( $p=0,02$ ), а при ремісії відмінностей не відзначалося. При затяжному перебігу СКГ (рецидив тривалістю понад три місяці) був такий самий рівень підвищення RQ. Швидкість максимального кровонаповнення за показником  $V$  (Ом/с) при рецидиві та ремісії монолатерального СГК не залежала від частоти рецидивування та в середньому не відрізнялося від норми, а при білатеральному СГК показник  $V$  був вищим за норму в 1,5 рази ( $p=0,002$ ), а також був вищим за показник при рецидиві монолатерального СГК на 26,6% ( $p=0,03$ ). Тонічні властивості судин великого калібру за показником  $\alpha 1/T$  (%) при монолатеральному СГК за всіма групами в середньому дорівнювали  $23,5 \pm 3,9$ (%), що вище за групу контролю  $20,0 \pm 1,1$ (%) на 17,5% ( $p < 0,05$ ). При білатеральному часторецидивуючому СГК показник  $\alpha 1/T$  (%) не відрізнявся від норми. Тонічні властивості судин дрібного калібру за показником  $\alpha 2/T$  (%) були найвищими при рецидиві білатерального часторецидивуючого СГК, що вище за норму і рецидиві монолатерального СГК у середньому на 22% ( $p < 0,05$ ).

**Висновок:** зміни центральної і регіонарної гемодинаміки для підтримки гомеостазу є одні з ланок типової запальної реакції. Виявлено характерні зміни

гемодинаміки ока при білатеральному СГК, при рецидиві якого об'ємне пульсове кровонаповнення ока, швидкість його максимального кровонаповнення та тонус дрібних судин ока значно вище за аналогічні показники при монолатеральному СГК.

## **ВМІСТ РІВНЯ 25-ГІДРОКСИВІТАМІНУ Д У РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ З НАБУТОЮ МІОПІЄЮ**

**Цибульська Т. Є., Тіткова О. Ю.**

*Кафедра офтальмології ЗДМФУ, медичний центр ТОВ  
«ВІЗУС», м. Запоріжжя, Україна*

**Актуальність:** Серед факторів, які впливають на міопічний рефрактогенез важлива роль відводиться вітамінному статусу організму в цілому. Дослідження останніх років вказують на дисбаланс вітаміну Д дітей з прогресуючою міопією. Однак отримані дані є нечисленними та досить неоднорідними. В даний час в доступній літературі, не виділено чітких критеріїв стану рівню 25-гідроксивітаміну Д в організмі, які свідчать про прогресування міопії. Тому продовження досліджень в даному напрямку є своєчасним та актуальним.

**Мета роботи** – визначити вміст рівню 25-гідроксивітаміну Д у ротовій рідині дітей з набутою міопією.

**Матеріали та методи.** Обстежено 34 дитини (68 очей) з міопією слабкого та середнього ступеню, які розподілено на групи в залежності від перебігу міопії: I група - 13 дітей (26 очей) з прогресуючим перебігом, II група- 21 дитина (42 ока) зі стабільним перебігом міопії. Контрольну групу склали 18 умовно-здорових дітей (36 очей) без