

## Estimation the risk of early and middle age-related macular degeneration progression within 5 years

Guzun O.V., Zadorozhnyy O.S., Konovalova N.V., Korol A.R.

Odesa, Ukraine

The progression of AMD in a multivariate Cox regression model over five years shows a 3.24-fold reduction in relative risk (95% CI: 2.15-4.79,  $p=0.000$ ) for patients with early and intermediate AMD who regularly take the recommended nutraceutical (compared to those who irregularly take various vitamin-antioxidant complexes). This finding takes into account several clinical and morphological factors, including age ( $p=0.007$ ), fundus changes ( $p=0.008$ ), central choroidal thickness ( $p=0.000$ ), and the presence of cardiovascular pathology ( $p=0.04$ ). Patients with early and intermediate AMD are advised to undergo courses of PBM every six months. Additionally, it is important to address cardiovascular issues and consistently use the AREDS2-based nutraceutical formula, which includes omega-3 PUFAs, vitamin D, and resveratrol. Following these recommendations can reduce the likelihood of disease progression by at least 3.24 times over the next five years.

---

---

## Оцінка ефективності ex juvantibus протитуберкульозної терапії фліктенульозного епісклериту за допомогою оптичної когерентної томографії, клінічний випадок

Дорохова О. Е., Зборовська О. В., Колесніченко В. В., Горянова І. С.

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

**Актуальність.** Фліктенульозний епісклерит часто асоціюється з туберкульозною інфекцією або латентною мікобактеріальною сенсibiliзацією, що ускладнює диференційну діагностику та вибір терапії. Підхід ex juvantibus дозволяє оцінити ефективність етіотропного лікування при відсутності прямих мікробіологічних підтверджень. Оптична когерентна томографія (ОКТ) як неінвазивний високочутливий метод візуалізації структур переднього сегмента ока відкриває нові можливості для об'єктивного моніторингу динаміки запального процесу. Застосування ОКТ у комплексі з терапією ex juvantibus є перспективним підходом до контролю ефективності лікування фліктенульозного епісклериту.

**Мета.** Описати клінічний випадок встановлення етіології фліктенульозного епісклерита на основі проведення протитуберкульозної терапії ex juvantibus під контролем оптичної когерентної томографії переднього відділу ока.

---

Матеріал і методи. Описано випадок діагностики та лікування у пацієнта з фліктенульозним епісклеритом, який проходив лікування у відділенні запальних захворювань ока ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України». Пацієнту проводились загальноофтальмологічні обстеження, оптична когерентна томографія (ОКТ) переднього відділу ока, комп'ютерна томографія легень, лабораторні дослідження (в тому числі квантіфероновий тест та автоімунна панель). З діагностичною метою пацієнту було призначено пробну протитуберкульозну терапію у вигляді парабульбарних ін'єкцій ізоніазиду.

**Результати.** Вперше скарги у пацієнта з'явилися біля року назад. Проходив лікування в ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України», на той момент було встановлено дифузний епісклеритерит та склерит. Окрім загальноофтальмологічних обстежень, для встановлення етіології було виконано: Квантіферований тест – результат негативний; ANA скрін - позитивний, блот – негативний; ANCA скрін негативний, HLA b 27 негативний, за даними КТ легень та органів середостіння патологічних змін не виявлено. Оскільки було виявлено позитивний ANA скрін, етіологію було розцінено, як автоімунну. Призначено неспецифічну протизапальну терапію: НПЗП, локально ГКС. На фоні терапії вдалось отримати ремісію. Надалі протягом року у пацієнта розвинулось 3 загострення (за клінічними проявами слабші ніж перший епізод), ремісію вдавалось отримати при застосуванні тільки місцевих крапель з нестероїдними протизапальними препаратами та кортикостероїдами. Останній рецидив розвинувся на початку лютого 2025р., і пацієнту було призначено кортикостероїд в краплях 4 рази на день. На фоні такої терапії, через місяць розвинулось значне погіршення стану та біля лімбу в епісклері утворився вузлик. Пацієнта було госпіталізовано з діагнозом вузликовий епісклерит (фліктена?), дифузний склерит лівого ока. Така реакція була розцінена як можливий прояв tbc-процесу. Призначено дообстеження: КТ легень: ділянка зниження пневматизації легеневої тканини в S6 S8 лівої легені – більш ймовірно резидуальні явища перенесеного запального процесу з формуванням пневмофіброзу. Пневмофіброз S1/2 S9 S10 лівої легені з дрібними перибронховаскулярними вузликами до 3 мм в діаме-

трі. УЗ-сканування лівого ока переднього відділу: на 9-10 годинах епібульбарно в лімбальній ділянці визначається низької ехогенності плоский субстрат товщиною 0,5 мм протягом 1,8 на 1,8мм. Товщина склери в лімбальній області у верхньому квадранті 0,40 мм, в інших напрямках – 0,50. Виконано ОКТ переднього відрізка, через вузлик, висота ураження – 423 мікрон. Прийнято рішення провести терапію ex juvantibus у вигляді парабульбарних ін'єкцій ізоніазиду. На 4 добу візуально значно зменшилась змішана ін'єкція, набряк кон'юнктиви. За даними ОКТ висота вузлика зменшилась з 423 до 326 мікрон. У зв'язку з позитивною динамікою на проти-tbc терапії ex juvantibus пацієнт спрямований до офтальмофтизіатра, який підтвердив діагноз епісклериту туберкульозної етіології. Пацієнту призначено системну специфічну проти-tbc терапію.

**Висновок.** Цей випадок демонструє доцільність використання підходу ex juvantibus у діагностиці фліктенульозного епісклериту сумнівного генезу, а також ефективність оптичної когерентної томографії як інформативного методу контролю динаміки запального процесу в епісклері.

## **Динаміка клінічних і морфофункціональних показників у пацієнтів з гострою оптичною судинною нейропатією під впливом лікування**

Коновалова Н. В., Гузун О. В., Храменко Н. І., Ковтун О. В.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ»  
(Одеса, Україна)*

*Одеський національний медичний університет, (Одеса, Україна)*

**Актуальність.** Провідною причиною сліпоти в офтальмології залишається судинна патологія зорового нерва і сітківки і складають 10–15 % від загальної кількості очних хвороб. У нозологічній структурі захворювань органа зору, що призводять до незворотної сліпоти, переважають судинні захворювання органа зору. У сучасній офтальмології питання оптимальної нейропротекції є актуальними в лікуванні гострої оптичної судинної нейропатії.

**Мета:** визначити особливості клінічних і морфофункціональних показників у динаміці під впливом довготривалого викори-