

Внесок алкоголь-асоційованих причин смерті (МКХ-10, коди Т 51.0–Т 51.9, Х-45; МКХ-9, коди 980.0–980.9) в структурі смертей від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин склав 18,2 % або 1 417 випадків. Аналіз часової тенденції свідчить про значний діапазон значень упродовж періоду спостереження з максимумом у період 2002–2005 рр.

Вік смерті чоловіків-УЛНА був від 26 до 75 років, жінок – від 36–68 років. Середня тривалість життя за 1987–2017 рр., померлих від алкоголь-асоційованих причин, становила $47,79 \pm 2,19$ років, що свідчить про передчасність смертей. Визначено, що кожен десятий був у віці 35–39 або 55–59 років, кожен п'ятий – 40–44 або 50–54 роки, кожен четвертий – 45–49 років. Загалом, 93,0 % чоловіків і 72,2 % жінок померли у працездатному віці.

Надмірне вживання етилового спирту стало головною причиною передчасних смертей (70,0 %). Зафіксовано окремі випадки смертей від дії метилового спирту, сивушних масел, інших або неуточнених спиртів, випадкових отруєнь.

Обговорення та висновки. Проблеми збереження здоров'я осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, постійно у полі зору практикуючих лікарів та наукової спільноти країни. Але така увага фахівців мало що змінює у їх побутових звичках, коли вживання алкоголю, щоб зменшити тривогу, покращити настрій або забути про пережите, стає своєрідною варіативною ознакою психологічного захисту людини, спробою її самовтечі від проблем (Пострелко В. М. і співавтори, 2013).

Дослідження підтвердило, що тенденція до зменшення кількості смертей від алкоголю, яка притаманна популяції населення України, спостерігається і серед УЛНА. Внесок алкоголь-асоційованих причин смерті (МКХ-10 коди

T51.0-T51.9, X-45; МКХ-9 коди 980.0–980.9) в структурі смертей від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин склав 18,2 %. Надмірне вживання етилового спирту стало головною причиною передчасних смертей (70,0 %). Максимум летальних випадків припадає на вікову категорію 45–49 років.

НОВИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ПЕРСИСТУЮЧИХ ІДІОПАТИЧНИХ РОЗРИВІВ МАКУЛИ

Довгань І. П., Розанова З. А., Уманець М. М.

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

Актуальність. Ідіопатичні розриви макули (ІРМ) є однією з провідних причин зниження центрального зору та інвалідизації населення. Їх поширеність у загальній популяції коливається в межах 0.02-0.33%. Ефективним способом лікування ІРМ залишається хірургічний – вітректомія із класичним пілінгом внутрішньої межової мембрани (ВММ) і тампонадою вітреальної порожнини газоповітряними сумішами. Видалення ВММ забезпечує усунення вітреомакулярної тракції, підвищення еластичних властивостей оголеної макули, стимуляцію проліферації гліальних клітин.

При персистуючих розривах макули (незакриття після первинної вітректомії) застосовується широкий арсенал хірургічних методик. З огляду на те, що газова тампонада

відіграє не менш важливу роль у закритті розриву макули, ніж сам пілінг ВММ, пролонгація газової тампонади може розглядатися як ефективний додатковий захід лікування персистуючих ІРМ.

Мета. Проаналізувати ефективність пролонгованої газової тампонади у пацієнтів з персистуючими ІРМ після попередньо виконаної вітректомії з пілінгом ВММ.

Матеріали і методи. У відділі патології сітківки та скловидного тіла ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» упродовж 2021-2025 років перебували під спостереженням 8 пацієнтів (9 очей), у яких через 1 місяць після первинного хірургічного втручання з приводу ІРМ анатомічного закриття розриву досягнуто не було. Середній вік пацієнтів становив 67.9 ± 7.5 (M $\pm$ SD) роки. Максимальна коригована гострота зору (МКГЗ) до першого втручання – 0.11 ± 0.056 (M $\pm$ SD).

У всіх випадках була виконана вітректомія з класичним пілінгом ВММ. При повторному обстеженні, через 1 місяць після первинного втручання, визначалось незакриття ІРМ, МКГЗ – 0.24 ± 0.13 (M $\pm$ SD). Мінімальний розмір ІРМ 282.1 ± 160.0 (M $\pm$ SD) мкм, базальний діаметр 660.2 ± 269.5 (M $\pm$ SD) мкм, кістозний набряк країв отвору зберігався. Незважаючи на відсутність повного закриття ІРМ, відзначалася позитивна динаміка щодо його закриття; морфологічні особливості країв ІРМ та наявність набряку вказували на ймовірність його подальшого закриття. За таких умов пролонгація газової тампонади була обґрунтованою.

Методика втручання: під місцевою анестезією в положенні пацієнта сидячи у нижній точці очного яблука на 6 год через плоску частину циліарного тіла виконується прокол голкою 23Ga, з'єднаною зі шприцем, наповненим 15% C3F8, за допомогою налобного офтальмоскопа зворотно-поступальними рухами здійснюється аспірація