

Матеріал і методи обстеження 41 учнів 15-16 років офтальмологічне обстеження включало визначення гостроти зору для далі та поблизу, РА за Дашевським, авторефрактометрію, УЗ-біометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію. Загальний тонус ВНС оцінювали кардіоваскулярним вегетативним індексом Кердо (ВІК) Психофізіологічний стан оцінювали за даними кінематометричної реакції (дослідження зовнішнього і внутрішнього балансу з визначенням переважання збудження або гальмування); сенсомоторні реакції (проста, складна і час випередження провідної руки); вимірювання реакції на об'єкт, що рухається (рівень сенсомоторного збудження, сенсомоторна точність); критичної частоти світлових миготінь; теппінг-тесту (швидкість руху для лівої та правої руки).

Результати. **Сильний тип** нервової системи (**сангвініки**) виявлено у 64,8% школярів, характеризується підвищеним порогом лабільності сенсомоторних тестів – діти швидко навчаються та швидко втомлюються; **середній тип** нервової системи (**нормостеніки**) відзначений у 29,6% дітей; **слабкий тип** (**меланхоліки**) виявлено у 5,55% здорових учнів, які довше навчалися та менше втомлювалися. За показниками резервів акомодатії діти були розподілені на 2 групи: група 1 (31 особа) – з нормальними РА (в середньому $4,7 \pm 1,9$ Д); група 2 (10 осіб) – зі зниженими РА (в середньому $1,36 \pm 0,72$ Д). В групі 1 з нормальними РА слабкий тип нервової системи зустрічався у 64% учнів, середній тип – у 28,9%, сильний тип – у 6,1%; в групі 2 з низькими РА слабкий тип відзначено – у 50% учнів, середній тип – в 40%, сильний тип – в 10%. Середня швидкість руху руки, яка відображає стан уваги дитини, у дітей групи 1 з нормальними РА склала $6,01 \pm 0,62$ раз/с.; у дітей групи 2 була нижчою – $5,13 \pm 1,08$ раз/с ($p=0,002$). Час відновлення площі зіниці

при акомодацийній зіничній реакції в групі 1 (з нормальними РА) дорівнював $2,59 \pm 0,83$ с.; в групі 2 (зі зниженими РА) був значно нижчим – $1,74 \pm 0,57$ с.

Висновки 1. Діагностичні скарги - перепади настрою, злість, проблеми у відносинах, проблеми зі сном, скарги на загальний фізичний стан, наприклад головний біль, гастроентерологічні проблеми, ревматичні болі і проблеми зі шкірним покривом. Лікарям загальної практики – сімейним лікарям, дитячим офтальмологам, невропатологам та психоневрологам важливо враховувати, що хворі не завжди звертаються вчасно до лікаря.

2. Основні методи управління стресом, які використовуються у пацієнтів, включають навчання релаксації, управління диханням (антистресове дихання), методи відволікання, які зупиняють негативні думки. Антидепресанти повинні розглядатися в якості лікування у дітей з обережністю зі участю офтальмолога, невропатолога, психоневролога.

НЕЙРОМЕРЕЖЕВИЙ АНАЛІЗ В ПРОГНОЗУВАННІ ДВОРІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ

**Гузун О. В.¹, Задорожний О. С.¹, Велічко Л. М.¹,
Вичужанін В. В.², Король А. Р.¹.**

*¹ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії
ім. В.П. Філатова НАМН України», м. Одеса,
Україна*

*²Національний університет «Одеська політехніка»,
м. Одеса, Україна*

Вступ. Неоваскулярна глаукома (НВГ) є однією з найбільш агресивних форм вторинної глаукоми з швидким

прогресуванням, високою терапевтичною резистентністю та значним ризиком незворотної втрати зору. Хоча ішемія сітківки та VEGF-опосередкована неоваскуляризація вважаються ключовими ланками патогенезу НВГ, сучасні дані свідчать, що вони відображають лише локальну реалізацію ширшого системного судинно-запального процесу.

Мета. Визначити прогностичну цінність маркерів системного запалення (SII – Systemic Immune-Inflammation Index; SIRI – Systemic Inflammatory Response Index; AISI – Aggregated Index of Systemic Inflammation) та ендотеліальної активації (ICAM-1 (CD54) – молекула міжклітинної адгезії-1) для оцінки клінічного результату лікування вторинної НВГ у 24-місячному періоді спостереження із застосуванням багатофакторного аналізу та методів машинного навчання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 258 пацієнтів (258 очей) із вторинною НВГ на тлі проліферативної діабетичної ретинопатії та оклюзії вен сітківки. Кінцеву точку визначали як клінічний результат лікування через 24 місяці, що включав досягнення контролю внутрішньоочного тиску (< 22 мм рт.ст.), стабільність гостроти зору та відсутність прогресування неоваскуляризації. Залежно від клінічного результату пацієнтів розподіляли на групу клінічного успіху (success) та групу неефективного лікування (failure). Аналізували вхідний рівень інтегральних індексів системного запалення (SII, SIRI, AISI) та ICAM-1 (CD54). Статистичну обробку виконували з використанням багатофакторної логістичної регресії та алгоритмів машинного навчання (Gradient Boosting, multilayer perceptron).

Результати. У пацієнтів із неефективним лікуванням через 24 місяці ($n = 103$) виявлено достовірно вищі вихідні рівні SII, SIRI, AISI та ICAM-1 (CD54) порівняно з групою