

розвитку міопічної рефракції, прогресування міопії у 75 % випадків відбувалося в середньому у 2 рази менше ніж у дітей, які продовжували використовувати монофокальні окуляри.

Висновки. Корекція ортокератологічними лінзами та оптична корекція за допомогою дефокусних окулярів має переваги перед оптичною корекцією монофокальними окулярами у дітей з міопією. Використання ортокератологічних лінз та дефокусних окулярів уповільнює прогресування міопії в середньому у 75 % випадках протягом 12-18 місяців спостереження, якщо їх застосування розпочати на етапі маніфестації міопії. Використання окулярів з дефокусними лінзами може бути рекомендовано дітям з схильністю до прогресування міопії та при протипоказаннях або неможливості використання ортокератологічних лінз.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОМБІНОВАНОГО ЛАЗЕРНОГО ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРЕННЯ РАЙДУЖНОЇ ОБОЛОНКИ

Чечин П. П., Щербакова В. В., Гузун О. В.

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

Актуальність. Пухлини іридоциліарної зони складають 38,4 % від загальної кількості новоутворень увеального тракту. Незважаючи на доброякісний характер росту більшості пухлин райдужної оболонки та іридоциліарної зони, відстрочення лікування призводить до збільшення об'єму пухлини і, як наслідок, кількості ускладнень. Хворіють переважно працездатні жінки.

Мета. Представити клінічний випадок органозберігаючого лазерного лікування новоутворення райдужної оболонки ока.

Матеріал і методи. Пацієнт проходив медичний огляд по місцю проживання, де було встановлено діагноз «Підозра на глаукому». Пацієнта було направлено до ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» для дообстеження та лікування.

Була отримана заява про згоду пацієнта на розміщення його клінічної інформації у публікації. Пацієнт розумів, що конфіденційні дані не будуть опубліковані, і будуть вжиті всі заходи для приховування його особистості.

У відділення лазерної мікрочірургії ока звернувся пацієнт Д. 54 роки з новоутворенням райдужної оболонки правого ока. Скарг не було. Гострота зору обох очей становила 1,0. Внутрішньоочний тиск (ВОТ) правого ока - 22,0 мм рт. ст., лівого - 17,0 мм рт. ст.

Для дообстеження правого ока використовували: офтальмоскопію, біомікроскопію, гоніоскопію, тонометрію по Маклакову, УЗ-діагностику переднього відділу ока, фото переднього відділу ока.

При біомікроскопії на 3-4 годинах на райдужці визначається об'ємне утворення овальної форми, яке вистойть у передню камеру, не пігментоване, з множинними крововиливами, з нерівномірною (горбистою) поверхнею, пронизане судинами.

При гоніоскопії кут передньої камери закритий з 3 до 4 годин. Офтальмоскопія без особливостей.

При ультразвуковому дослідженні на 3-4 годинах у райдужці визначається середньої ехогенності об'ємне утворення дрібної структури овальної форми, розміри новоутворення райдужки становили 3,6 на 4,2 мм, а товщина – 2,4 мм. Без осередкової об'ємної патології в цилиарному тілі.

На основі вищевказаних обстежень було виставлено діагноз «Новоутворення райдужної оболонки по типу лейоміоми. Вторинна глаукома».

Результати.

Лікування:

1) медикаментозне протизапальне лікування (дексаметазон 0,5 парабульбарно під праве око №5, курс нестероїдних протизапальних засобів (інстиляції бромфенаку) по 1 краплі 3 рази/день упродовж 2 місяців, (який блокує синтез простагландинів із арахідонової кислоти шляхом інгібування циклооксигенази 1 і 2, що зменшує запалення та больову реакцію);

2) органозберігаюча терапія:

- лазерна коагуляція новоутворення райдужної оболонки ($\lambda=570$ нм, потужність 100-140 мВт, тривалість імпульсу – 0,15 с, діаметр плями 150-300 мкм, 50-70 коагулятив);

- трансклеральна циклофотокоагуляція (Nd-лазер з $\lambda=1064$ нм, з енергією 1,0 Дж, діаметр плями 600 мкм, секторально з 15 до 18 годин);

- лазерна іридотомія на 11 годинах (Nd:YAG енергія 1,2 мДж)

Через 4 місяці. При ультразвуковому дослідженні на 3-4 годинах у райдужці визначається середньої ехогенності об'ємне утворення дрібної структури овальної форми, розміри новоутворення райдужки становили 3,4 на 3,7 мм, а товщина – 1,6 мм. Без осередкової об'ємної патології в цилиарному тілі.

Після трьох курсів лікування у пацієнта відмічається позитивна динаміка: зменшення товщини новоутворення до 1,3 мм та розмірів – до 3,4 мм на 3,1 мм, відмічається облітерація новоутворених судин. Гострота зору - 1,0. ВОТ правого ока - 16,0 мм рт.ст.

Рекомендовано: контроль ВОТ за місцем проживання. Спостереження в динаміці через 6 місяців.

Висновки. Ефективність лікування пухлин іридоциліарної зони в запущених випадках утруднене, що може призвести до енуклеації у зв'язку з продовженням росту новоутворення в кут передньої камери та розвитком некомпенсованої неоваскулярної глаукоми. З клінічного досвіду органозберігаюче лікування у вигляді лазерної коагуляції лазером з довжиною хвилі 570 нм та транссклеральної лазерної циклофотокоагуляції з довжиною хвилі 1064 нм дозволяє зменшити ріст пухлини та розвиток новоутворених судин, а також запобігти розвитку вторинної неоваскулярної глаукоми.

В нашому клінічному випадку новоутворення райдужної оболонки добре відреагувало на органозберігаюче лікування у вигляді лазерної коагуляції та транссклеральної лазерної циклофотокоагуляції, яке дозволило зменшити ріст пухлини та облітерацію новоутворених судин з покращенням клінічної картини та за даними ультразвукового дослідження.

ЕФЕКТ СВІДКА, ЙОГО МОДЕЛЮВАННЯ І ЦИТОГЕНЕТИЧНІ ПРОЯВИ

Шеметун О. В., Талан О. О.

*Державна установа «Національний науковий центр
радіаційної медицини, гематології та онкології
Національної академії медичних наук України»,
м. Київ, Україна*

Ефект свідка є відповіддю організму людини на генотоксичний стрес, здатністю безпосередньо