

ри. На 8 очах (44,4%) спостерігалось підвищення внутрішньоочного тиску, яке потребувало призначення крапель для його зниження.

Через 2 місяці після операції повне прилягання сітківки було досягнуте у 16 випадках (88,9%). На 2 очах (11,1%) сітківка скоротилася та розвинулось відшарування із затіканням олії під сітківку, у зв'язку з чим були виконані повторні втручання. У всіх випадках зоровий нерв був блідий. На 3 очах сформувались епімакулярні мембрани, на 4 очах спостерігався макулярний набряк за даними оптичної когерентної томографії. Гострота зору на 4 очах дорівнювала світловідчуттю, на 6 очах була від 0,005 до 0,02, на 8 очах від 0,03 до 0,1 і була значуще краще у порівнянні з вихідною ($\chi^2=9,03$, $p=0,002$).

Через 1 рік стійке анатомічне прилягання сітківки було досягнуте в усіх випадках, зберігалась виражена нейропатія зорового нерва. За цей період на 4 очах була виведена силіконова олія з одночасним видаленням епіретинальних мембран. Рецидивів відшарування не виникало. Гострота зору була значуще вище у порівнянні з вихідною ($\chi^2=0,64$, $p=0,422$), але статистично не покращилась у порівнянні зі строком спостереження 2 місяці. На 3 очах дорівнювала світловідчуттю, на 3 очах була від 0,005 до 0,02, на 4 очах від 0,03 до 0,06 і на 4 очах від 0,07 до 0,1.

Висновок. Гострота зору, що була досягнута через 2 місяці після вітреальної хірургії у хворих з далеко розвинутих стадіями ПДРП, значуще не покращується через рік спостереження, незважаючи на стійке анатомічне прилягання сітківки.

Long-term results of vitreous surgery of the advanced stages of proliferative diabetic retinopathy.

Putienko .O.O.

SI "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (Odesa, Ukraine)

The efficacy of vitreous surgery in patients with advanced stages of proliferative diabetic retinopathy (PDRP) in the early (2 months) and 1 year follow-up period was studied. 18 patients (18 eyes) on PDRP were examined. The indication for vitrectomy in 12 eyes was a traction retinal detachment with a membrane that completely covered the posterior pole («table top»), in 6 eyes there was additionally a rhegmatogenic component. All patients 2-3 days before the intervention was administered 2 mg of aflibercept. Two months after the surgery, complete retinal attachment was achieved in 16 cases, in two eyes developed a recurrence of detachment. Visual acuity improved significantly. After 1 year, there was no improvement in visual acuity compared to the previous observation period. Thus, visual acuity which was achieved 2 months after vitreous surgery in patients with advanced stages of PDR significantly does not improve after a year of observation, despite of the persistent anatomical reattachment of the retina.

Частота розвитку часткової атрофії зорового нерва після інтравітреальних втручань у хворих на проліферативну діабетичну ретинопатію

Путієнко О.О.

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

Актуальність. Незважаючи на суттєвий прогрес вітреальної хірургії проліферативної діабетичної ретинопатії (ПДРП) з досягненням позитивного анатомічного результату лікування у 90%, функціональні результати операції залишаються значно низькими. Однією з головних причин низьких функціональних результатів лікування можуть бути виражені вихідні нейродистрофічні зміни сітківки і зорового нерва (ЗН) у хворих на ПДРП, яким виконуються інтравітреальні втручання.

Комплексне інтравітреальне втручання, як будь-яке інше хірургічне внутрішньоочне втручання, є травмою для ока. Залежно від виконаних у ході операції маніпуляцій: обсягу

панретинальної лазерної коагуляції, площі видалення епіретинальних мембран, видалення епіретинальних мембран з диска ЗН може формуватися відповідна реакція ЗН на втручання.

На теперішній час в літературі майже немає даних про наявність або відсутність взаємозв'язку між особливостями хірургічного втручання, перебігом раннього післяопераційного періоду та функціональним станом ЗН після інтравітреальних втручань, що потребує ретельного вивчення.

Мета: вивчити частоту часткової атрофії ЗН після інтравітреальних втручань у хворих на ПДРП.

Матеріал і методи. Клінічні дослідження проведені у 105 хворих ПДРП (105 очей), яким були виконані інтравітреальні втручання. Показанням до вітректомії на 48 очах (45,7%) був гемофтальм без епіретинальної тканини, на 47 очах (44,8%) частковий або тотальний гемофтальм з наявністю епіретинальних мембран і тракційним відшаруванням макули, на 10 очах (9,5%) тракційно-регіматогенне відшарування сітківки.

За більшістю вихідних ознак значимих відмінностей у групах не було. Інтравітреальне втручання проводили за стандартною методикою 23 G. Після виконання субтотальної вітректомії, ретельно видаляли епіретинальні мембрани. Розправлення сітківки при необхідності проводили через дренаж ретиномію або власний розрив шляхом подачі стерильного повітря в порожнину ока. Виконували ендолазеркоагуляцію розривів сітківки та панретинальну. Часткову атрофію ЗН оцінювали клінічно у балах. 0 балів – диск зорового нерва (ДЗН) блідо-рожевий, 1 бал - помірно блідий, 2 бали інтенсивно блідий.

Результати. У термін 2 місяці після операції у хворих з тракційним відшаруванням макули кількість очей з ДЗН, які відрізнялися від норми, була значимо більше, ніж у хворих на гемофтальм ($\chi^2 = 7,85$, $p=0,005$), при цьому стан ДЗН у хворих на гемофтальм і тракційно-регіматогенне відшарування сітківки значимо не відрізнявся ($\chi^2 = 1,28$, $p=0,289$), також значимо не відрізнявся стан ДЗН у хворих з тракційним відшаруванням макули і тракційно-регіматогенним відшаруванням сітківки ($\chi^2 = 0,40$, $p=0,528$).

У терміни 12 місяців після операції в групі хворих на гемофтальм не було відмічено змін в ступені часткової атрофії ЗН. У хворих з тракційним відшаруванням макули зменшилась кількість очей з нормальним ДЗН з 14 до 12, а у хворих з тракційно-регіматогенним відшаруванням сітківки стан ДЗН був таким, як і через два місяці після втручання. Відповідно, у хворих з тракційним відшаруванням макули кількість очей з ДЗН, що відрізнявся від норми, була значимо більша, ніж у хворих на гемофтальм ($\chi^2 = 10,48$, $p=0,001$) і через 12 місяців після операції. Наявності взаємозв'язку між особливостями хірургічного втручання, перебігом раннього післяопераційного періоду та розвитком часткової атрофії ЗН виявлено не було.

Висновок. У хворих на ПДРП, у яких вихідна ступінь проліферативних змін виражена більше, ступінь часткової атрофії ЗН значимо вище. Значущого прогресу розвитку часткової атрофії ЗН впродовж 12 місяців не спостерігається.

The incidence of partial optic nerve atrophy after intravitreal interventions in patients with proliferative diabetic retinopathy

Putienko A. A.

SI "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (Odesa, Ukraine)

Aim: to study the rate of partial atrophy of the optic nerve (ON) after intravitreal interventions in patients with proliferative diabetic retinopathy (PDRP). Clinical studies were conducted in 105 patients (105 eyes) who underwent intravitreal interventions. The indication for vitrectomy in 48 eyes (45,7%) were vitreous hemorrhages, 47 eyes (44,8%) tractional detachment of the macula (TrDM), 10 eyes (9,5%) tractional-rhegmatogenous retinal detachment. In the period of 2 months after surgery, the number of eyes with TrDM, which differed from the norm, was significantly higher in patients with vitreous hemorrhages ($\chi^2 = 7,85$, $p=0,005$). After 12 months in patients with vitreous hemorrhages there were no changes in the degree of partial atrophy of ON. At the same time, the number of eyes with normal ON decreased in patients with TrDM and was also significantly greater than in patients with vitreous hemorrhage. In patients

with PDRP, in which the initial degree of proliferative changes is more pronounced, the degree of partial atrophy of ON is significantly higher. Significant progress in the development of partial atrophy of ON for 12 months is not observed.

Розрахунок кількісних критеріїв в оцінці способу життя пацієнтів із діабетичною ретинопатією та цукровим діабетом II типу

Ригов С. О.¹, Биховець М. Ю.¹, Натрус Л. В.²

¹ Національна медична академія після дипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (Київ, Україна)

² Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України (Київ, Україна)

Актуальність. Характер та частота розвитку діабетичної ретинопатії (ДР) у хворих на цукровий діабет II типу (ЦД II) знаходяться в прямій залежності від тривалості перебігу і зумовлені особливостями патогенезу цього захворювання. Сьогодні активно вивчається роль загальної дієти, окремих харчових продуктів та поживних речовин, способу життя, фізичної активності та ін. у розвитку ЦД II.

Мета – розробити алгоритм розрахунку кількісних критеріїв оцінки способу життя пацієнтів із діабетичною ретинопатією та цукровим діабетом II типу.

Матеріал та методи. Для вивчення способу життя (СЖ) була розроблена анкета, на питання якої пропонували відповісти пацієнтів відділення мікрохірургії ока КЛПЗ «Чернігівська обласна лікарня», а також пацієнтів, які звернулися з метою профілактичного огляду в лабораторію клінічної лабораторної діагностики НМУ імені О.О. Богомольця. Пацієнти без ЦД (за даними глікозильованого гемоглобіну) (n=43), були подібні за віком та статтю із пацієнтами з ДР та ЦД II (n=76). За даними обстеження, у них було виявлено різні стадії ДР: помірна непроліферативна ДР (НПДР), помірна проліферативна ДР (ПДР) та розвинута ПДР.

Результати. При складанні переліку питань анкети та варіантів відповідей була врахована ідея піраміди харчування, розроблена Уолтером Вілетом в Гарвардській школі громадського здоров'я, в основі якої підкреслена роль фізичної активності, достатнє споживання рідини, переважно у вигляді мінеральної води та щоденного вживання овочів та фруктів. Окреме місце в анкетуванні відводилося визначенню способу приготування їжі із зазначенням жирів, які при цьому використовуються. Також пацієнти визначали можливе вживання біологічних добавок, що містять омега-3 жирні кислоти.

Після заповнення анкети відповіді були оброблені за оригінальним алгоритмом для виявлення відхилень від рекомендацій або їх дотримання. Кожний варіант відповіді на запитання анкети був сформульований таким чином, щоб його можна було легко ранжувати у вигляді шкали: А – рекомендовано, Б – припустимо, В – небажано, Г – не рекомендовано, Д – в крайне рекомендовано. З метою порівняння результатів анкетування в різних групах пацієнтів, автори розраховували кількісні критерії. Для кожного досліджуваного складалася таблиця відповідей з урахуванням кількості відповідей А, Б, В, Г, Д і розраховувався індекс раціональності способу життя (ІРСЖ) – як відношення кількості відповідей А до загальної кількості відповідей, і коефіцієнт раціональності способу життя (КРСЖ) – як відношення суми відповідей А та Б до суми відповідей В, Г, Д. Отримані дані дозволили об'єктивно оцінити особливості СЖ пацієнтів з різним ступенем ДР та порівняти його із особливостями СЖ добровольців, які під час відвідування клініко-діагностичної лабораторії відповідали на запитання анкети і склали контрольну групу.

Висновок. Розроблено новий алгоритм розрахунку кількісних критеріїв оцінки способу життя пацієнтів для визначення його впливу на розвиток ДР у пацієнтів з ЦД II.