
не дотримування всіх призначень і рекомендацій, а також постійна співпраця лікаря і пацієнта дозволяє досягти тривалої і стійкої ремісії, запобігти ускладненням.

Висновки. 1. Не існує специфічних ознак очної розацеа. 2. Шкірні прояви не завжди присутні. 3. Захворювання двостороннє, але часто асиметричне. 4. Телеангіектазії шкіри повік, кон'юнктиви, купероз шкіри обличчя – дуже частий допоміжний симптом для діагностики очної розацеа. 5. Диференційна діагностика складна і не безсумнівна, але цілий ряд основних та другорядних ознак дозволяє поставити правильний діагноз і призначити коректну терапію

Ocular Rosacea. Difficult to Diagnose, Difficult to Treat

Deryapa I.V., Cheverda O.I

EvroZir+, Kyiv, Ukraine

The paper analyzes typical diagnostic and treatment errors in ocular rosacea in 234 adults and children. Ocular rosacea is a disease of the ocular surface that does not have specific signs and laboratory confirmation. Therefore, the doctor's experience, the presence of skin rosacea in the patient and family history are key points in the diagnosis. Differential diagnosis is complex and not certain, but a number of main and secondary signs allow you to make the correct diagnosis and prescribe the correct therapy

Філатовська школа кератопластики сьогодні

Дрожжина Г.І., Середа К.В., Тройченко Л.Ф., Грозова М.А.,
Макарова М.Б., Балан І.В., Пірожкова О.С.

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

Завдяки дослідженням багатьох вчених, серед яких школа академіка В.П.Філатова займає провідне місце, пересадка рогівки сьогодні є найпоширенішим видом трансплантації тканин у людини, операцією, яка відновлює та повертає зір при запальних, посттравматичних, дистрофічних та дегенеративних ураженнях рогівки.

В теперішній час трупна рогівка -залишається основним і поки що абсолютно незамінним трансплантаційним матеріалом у

офтальмології. Сьогодні кератопластика (КП) стала більш селективною, що дозволяє завдяки різним технологіям видаляти тільки уражені шари. Тяжкість та глибина ураження шарів рогівки та структур ока диктують вид кератопластики, який повинен обрати хірург. Найбільш важкими на сьогодні залишаються посттравматичні ушкодження внаслідок мінно-вибухової травми (МВТ) та виразки рогівки внаслідок носіння МКЛ. Більшість важких уражень рогівки потребують наскрізної кератопластики і тому її питома вага в Інституті залишається високою і складає за роки воєнного стану у середньому 74,5%. Серед них з лікувальною метою виконується понад 78,0 % КП. Це відрізняє нас від закордонних клінік та інших закладів в нашій країні,

Велика кількість важких наслідків МВТ, інфекційних, нейротрофічних та аутоімунних уражень рогівки досить часто потребують виконання комбінованих з кератопластикою хірургічних втручань: екстракції катаракти, імплантації інтраокулярної лінзи, пластики райдужки, вітректомії, блефароррафії, трансплантації амніотичної оболонки. При важких ураженнях ока внаслідок МВТ виконуються одномоментні з кератопластикою втручання на передньому та задньому відділах ока із застосуванням тимчасового кератопротезу. За роки Російсько-Української війни нами виконано понад 180 реконструктивних КП з одномоментною хірургією заднього сегменту ока сумісно з відділом відновлювально-реконструктивної мікрохірургії посттравматичної патології ока.

При відсутності умов для прозорого приживлення трансплантату (при зрощених васкуляризованих більших рогівки, аніридії, помутніннях рогівки внаслідок невидаленої силіконової олії, стану після декількох трансплантацій рогівки, які супроводжувалися відторгненням трансплантату та ін.) єдиною можливістю повернення зору є імплантація кератопротезу. Стажування у Німеччині дозволило оволодіти технікою імплантації Бостонського кератопротезу 1 типу і вперше розпочати його імплантацію в Україні. На сьогоднішній день ми єдиний заклад, де виконуються такі складні хірургічні втручання.

У зв'язку з війною значно збільшилася потреба в донорській рогівці. яку використовують як в гострому періоді при значних пошкодженнях та перфораціях рогівки, важких інфекційних ке-

ратитах та виразках, так і пізніше на етапах відновлення зору. Ці обставини вимагали термінової модернізації та реорганізації лабораторії консервації тканин та перетворення її в очний банк. Після стажування наших співробітників в очних банках Італії та Польщі та закупівлі нового обладнання з лютого 2025 р. очний банк запрацював, що скоротило терміни очікування донорської рогівки та підвищило своєчасність надання хірургічної допомоги пацієнтам, які потребують ургентної КП.

В теперішній час в Україні працює 2 виробника кератобіоімплантатів (КБІ) ДП «Біомплант МОЗ України», ТОВ «Пробонес», а також допомагає «Благодійний фонд «Піклуюсь про Україну». Згідно отриманих даних з реалізації виготовлених КБІ та внаслідок благодійної допомоги, за 2025 рік в Україні виконано 428 КП, як мінімум в 17 клініках, з цих КП в Інституті виконано 195 (45,6%). В 2026 році розпочато виконання фемтосекундної лазерної кератопластики.

З неочних тканин з лікувальною метою нами широко використовується як кріоконсервована, так і ліофілізована амніотична мембрана (АМ). Останню ми використовуємо без шовної фіксації для загоєння поверхневих дефектів рогівки. Щорічно ми виконуємо понад 65 трансплантацій різних видів АМ при посттравматичних, нейтрофічних, постгерпетичних та постінфекційних виразках рогівки.

Філатовську школу відрізняє дбайливе ставлення до донорської рогівки. За наявності пошкодження рогівки діаметром $\leq 5,5$ мм використовуємо розроблений нами спосіб: один трансплантат на двох хворих (Патент України №111373, 2016 г.). Цей спосіб дозволяє щорічно додатково виконувати понад 20 КП та заощадити державні кошти.

Висновки. Зросла забезпеченість офтальмохірургів донорським матеріалом для кератопластики, що дозволяє своєчасно виконувати трансплантацію рогівки всім хто її потребує, скоротити кількість хворих із незворотною втратою зору, суттєво покращити реабілітацію хворих з різними захворюваннями та пошкодженнями рогівки та зменшити інвалідність по зору.

Filatov School of Keratoplasty Today

Drozhzhyna G.I., Sereda K.V., Troychenko L.F., Hrozova M.A., Makarova M.B., Balan I.V., Pirozhkova O.S.

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

Summary. The most severe today are post-traumatic injuries due to mine-explosive trauma (MVT) and corneal ulcers due to wearing soft contact lenses. This pathology requires simultaneous keratoplasty with intervention on the posterior segment of the eye using a temporary keratoprosthesis. During the years of the Russian-Ukrainian war, we performed more than 180 reconstructive keratoplasties with one-stage surgery of the posterior segment of the eye. Internship in Germany allowed us to master the technique of implantation of the Boston keratoprosthesis type 1 and for the first time begin its implantation in Ukraine. In 2025, 428 keratoplasties were performed in Ukraine, of which 195 (45.6%) were performed at the Institute. The availability of donor material for keratoplasty to ophthalmic surgeons has increased, which allows corneal transplantation for everyone who needs it, reduces the number of patients with irreversible vision loss, significantly improves the rehabilitation of patients with various diseases and corneal injuries, and reduces visual disability.

Атравматичний метод центрального десцеметорексісу для лікування центральної форми ендотеліальної дистрофії рогівки Фукса

Ковальов І. А., Шаргородська І.В., Авер'янова О.С., Молчанюк Н.І., Ковальов А. І.

Медичний центр AILAS (Київ, Україна);

Національний медичний університет імені Богомольця (Київ, Україна);

ДУ "Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України" (Одеса, Україна)

Мета. Порівняти результати лікування 2 груп пацієнтів з центральною формою ендотеліальної дистрофії рогівки Фукса, яких лікували методом центрального десцеметорексісу без пересадки ендотелію (Descemet Stripping Only – DSO, or DWEK – Descemetorhexis Without Endothelial Keratoplasty).

Методи. Ретроспективний аналіз 2 груп пацієнтів. Обидві групи були подібними за віком, статтю та тяжкістю дистрофії: зливні гутти в центрі 4,0–5,5 мм, кількість периферичних ендотеліальних клітин 1200–2200, з 45–65% гексагональних клітин. В обох групах Десцеметорексис був частиною потрійної процедури: фа-