

---

ефект зниження інфікування слъзовивідних шляхів на ранній стадії дакриоцистититу.

### Література

1. Лищенко В.Б. Левтюх А.В. Изменения обмена коллагена у больных с дакриоциститом при различных условиях лечения. // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы офтальмологии» 23-24 сентября 2020р.Телемист Одесса-Тернополь Украина - С.88-91.
2. Аكوпова Э.К., Комаровских Е.Н. Микробный пейзаж содержимого слезного мешка на стороне поражения и конъюнктивы интактного глаза у детей с дакриоциститом новорожденных // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28029>.
3. Noel P.Pentoxifyllin inhibits lipopolysaccharide-induced serum tumor necrosis factor and mortality/P.Noel, S.Nelson, R.Bokulic(et al.)// Life Sci.-1990.-47.-P. 1023-1029.

### Зміни обміну колагену у хворих на дакриоцистит

Левтюх О. В., Ліщенко В. Б.

ДУ “Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН”  
(Одеса, Україна)

**Актуальність.** У пацієнтів, що страждають на дакриоцистит відзначається розвиток фіброзної тканини, що бере участь в патогенезі, прогресивного розвитку обструкції слъзовивідних шляхів, тому можливо вважати, що зміна метаболізму колагену може знаходитися в основі стійких порушень прохідності слізного каналу. Очевидно, що для ефективної корекції цих станів важливим є застосування препаратів, що моделюють процес колагеноотримання.

**Мета** роботи визначення особливостей колагеноотримання у пацієнтів, що страждають дакриоциститом з різними видами консервативного лікування в передопераційному етапі.

**Матеріал і методи.** У дослідження були включені спостереження над 38 пацієнтах, які були поділені на 3 групи. Середній вік пацієнтів склав 32,3 р. (+2,4 р.), давність захворювання складала 2,3 р. (+0,2 р.). Оперативне втручання проводилося за класичною методикою. Біоптат також забирали за класичною методикою. Пацієнтам 1 групи (10 хворих) здійснювали традиційне консервативне лікування (антибіотикотерапія), в 2 групі з (18 пацієнтів) в комплекс до традиційного лікування додавали в/в інфузії ПТФ і застосовували склад «Інфезол 40»

---

(«Berlin Chemie AG», Німеччина). Контролем служили біоптати отримані у пацієнтів з травмами щелепо - лицьовій ділянки в процесі їх хірургічного лікування (10 пацієнтів).

**Результати.** При тривалості інкубації (30 хв.) реєструвалося достовірне зниження включення [3H]-проліна зразками тканини у пацієнтів 1 групи порівняно з показником в контролі (на 51,2%,  $P<0,05$ ). При цій тривалості інкубації зразки тканин у пацієнтів 2 групи, включали більшу кількість [3H]-проліна (на 28,3%,  $P<0,05$ ) порівняно з показником в 1 групі. При цьому цей показник залишався на 35,3 % більш низьким, ніж в групі контролю ( $P<0,05$ ). При тривалості інкубації 60 хвилин в зразках тканин пацієнтів з традиційним лікуванням включення [3H]-проліна було на 45,4 % менше, ніж в групі контролю ( $P<0,05$ ). При цій же експозиції кількість включеного [3H]-проліна у пацієнтів 2 групи були на 24,7% меншим, ніж в групі контролю ( $P<0,05$ ) і на 37,9% більше аналогічного показника в групі пацієнтів з традиційним лікуванням ( $P<0,05$ ). Тривалість інкубації (2 години) зразків тканини, в 1 групі кількість включеного [3H]-проліна було на 57,4 % меншим, ніж в контролі ( $P<0,05$ ) і на 29,4% ( $P<0,05$ ) в 2 групі. Також кількість включеного [3H]-проліна в останній групі перевищувало таке в групі з традиційним лікуванням на 65,7% ( $P<0,05$ ). Оцінка інтенсивності синтезу колагену (відносного змісту знову синтезованого колагену) показала, що в групі пацієнтів з традиційним лікуванням в передопераційному періоді реєструвалося зниження цього показника на 39,6% порівнянні з таким в групі контролю ( $P<0,05$ ). В цей час в 2 групі цей показник був менше ніж в групі контролю на 13,3% ( $P>0,05$ ) і при цьому достовірно (на 26,3 % перевищував аналогічний показник в групі пацієнтів з традиційним лікуванням ( $P<0,05$ )).

Таким чином, отримані результати свідчать про патогенетичну роль порушень обміну колагену в зоні запальних змін при дакріоциститі, що може послужити основою для подальшого вдосконалення патогенетично обґрунтованих методів лікування цього захворювання.

**Висновки.** 1. При дакріоциститі знижується процес синтезу колагену в тканинах, що залучаються до розвитку обструктивного процесу. 2. Більше виражений, порівняно з традиційним лікуванням, ефект комбінованого застосування ПТФ і суміші амінокислот обумовлений, у тому числі, посиленням синтезу колагену в зоні запальних змін тканин при дакріоциститі.

### **Література**

1. Самусенко С. О. Дакріоцистити як отоларингологічна проблема: власний досвід лікування [Електронний ресурс] / С. О. Самусенко, І. В. Філатова

---

// Міжнародний медичний журнал. - 2021. - Т. 27, № 1. - С. 76-82. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mmzh\\_2021\\_27\\_1\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mmzh_2021_27_1_16)

2. Мінаєв О. О. Поширеність ендоназальної патології у хворих на хронічний дакриоцистит та особливості хірургічного лікування [Електронний ресурс] / О. О. Мінаєв // Клінічна та експериментальна патологія. - 2020. - Т. 19, № 4. - С. 34-41. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ker\\_2020\\_19\\_4\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ker_2020_19_4_8)
3. Малиновский Г. Ф. Современные аспекты реабилитации больных со сложной и сочетанной патологией слезоотводящих путей/ Г.Ф.Малиновский// Белорусский офтальмологический журнал-2005.-1- с.29-33

### **Ефективність корекції порушень регіонарного та окулярного кровообігу у пацієнтів з рецидивуючими герпетичними кератитами**

Максимова І. Р., Гайдамака Т. Б.

*Лікувально-діагностичний центр «Офтальмології груп»*

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

Метою роботи було визначення ефективності комбінованого лікування з застосуванням судинної терапії при змінах регіонарного та окулярного кровообігу у пацієнтів з рецидивуючими герпетичними кератитами. Під спостереженням впродовж 2 місяців знаходилося 14 пацієнтів (14 очей) віком від 37 до 50 років. Всі хворі додатково до базової терапії (місцеве застосування ганцикловіра, геля з декспантенолом, антибактеріальні препарати та системно валацикловір за схемою) отримували вінпацетін в дозі 10мг 2 рази на день. У всіх пацієнтів перед початком лікування відмічалась асиметрія кровообігу в центральній артерії сітківки та очній артерії в середньому на 35% зі зниженням кровообігу на стороні ураження, середня величина максимальної швидкості кровообігу центральної артерії сітківки на стороні ураження склала  $7.9 \pm 0.48$  см/с, очної артерії –  $26.1 \pm 2.56$  см/с, мінімальної діастолічної швидкості кровообігу очної артерії склала  $4.9 \pm 1.17$  см/с. Через 2 місяця застосування додаткової судинної терапії спостерігалось відновлення кровообігу без ознак асиметрії, середня величина максимальної швидкості кровообігу центральної артерії сітківки на стороні ураження склала  $13.06 \pm 0.25$  см/с, очної артерії –  $34.7 \pm 3.41$  см/с, мінімальної діастолічної швидкості кровообігу очної артерії склала  $9.9 \pm 1.51$  см/с.