

складу білків сльози під час підготовки до загоєння. Тоді як, денситометричний аналіз блоттингу показав підвищення рівня ангіостатину в слізній рідині у 5,8 разів ($p < 0,05$) при травматичних ерозіях та 3,4 рази ($p < 0,05$) при рецидивуючих ерозіях порівняно з групою контролю. Ангіостатини беруть участь у підтримці прозорості рогівки та протидіють проангіогенній передачі сигналів, пригнічують неоваскуляризацію та запалення в зоні пошкодження.

Висновки. Дослідження протеом у слізній рідині висвітлюють нові патогенетичні особливості при виникненні пошкодження та розвитку запалення, а також може бути використано для неінвазивної діагностики та прогнозування загоєння ран, виникнення рецидивів ерозій рогівки та вибору адекватної схеми фармакотерапії.

ЛІКУВАННЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ ПРИ СИНДРОМІ СТЕРДЖ-ВЕБЕРА

**Гузун О. В., Насінник І. О., Задорожний О. С.,
Король А. Р.**

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

Актуальність. Синдром Стердж-Вебера або енцефалотригемінальний ангіоматоз є неуспадкове вроджене захворювання, що характеризується неврологічними, шкірними та очними аномаліями (Baselga E. 2004). Патогенез пов'язаний з прогресуючою ектазією поверхневої шкірної судинної мережі (Eperit E. M., 2000; Smoller B. R., 1986).

Глаукома, яка пов'язана з цим синдромом, є загальною ознакою і може спостерігатися в 50-70 % випадків (Weinreb N. R., 2013). Глаукома виникає через дисгенезію кута та/або підвищеного епісклерального венозного тиску, тому глаукома може бути рефрактерною, а лікування в деяких випадках утруднене (Pillai M. R., 2017).

Матеріал і методи. Клінічний випадок. Була отримана заява про згоду пацієнта на розміщення його зображень та іншої клінічної інформації у публікації. Пацієнт розумів, що конфедесійні дані не будуть опубліковані, і будуть вжиті всі заходи для приховування його особистості. У відділення лазерної мікрохірургії ока звернувся пацієнт Б. 32 роки с синдромом Стердж-Вебера з погіршенням зору та періодичним болем на правому оці.

Шкіряні признаки: під час огляду було відзначено полум'яний невис (винну пляму) на правій стороні обличчя, шиї. У пацієнтів з синдромом Стердж-Вебера принципові відмінності включають збільшення розширених тонкостінних капілярів і венул, розташованих переважно у верхньому сегменті ретикулярної дерми.

Очні прояви: у 50 % випадків уражається око. Очний кровообіг може змінюватися. Підвищена васкуляризація бульбарної кон'юнктиви правого ока зі значно розширеними та звистими судини внутрішнього відділу до лімбу.

Максимально коригованою гостротою зору (МКГЗ) (по таблиці ETDRS) для правого ока був рахунок пальців (count fingers) та 20/20 для лівого ока. Внутрішньоочний тиск (ВОТ) по Гольдману становив 34,6 мм рт. ст. у правому оці та 18,2 мм рт. ст. у лівому оці. При гоніоскопії на обох очах кути передньої камери відкриті. Офтальмоскопія показала прозорі середовища, на очному дні диск зорового нерву блідий, з глаукоматозною

екскавацією 2/3 ДЗН. При ультразвуковому дослідженні ознак хоріоїдальної гемангіоми не виявлено.

Лікування: в праве око: бринзоламід/тимолол двічі на день, так як за даними літератури місцеві препарати зазвичай є терапією першої лінії для пацієнтів синдромом Стердж-Вебера, у яких розвивається глаукома на пізніших етапах життя (Basler L., 2011); проведення циклофотокоагуляції (3 сеанса) через день ($\lambda=1064$ нм, з енергією 1,0 Дж, за стандартною методикою); курс нестероїдних протизапальних засобів (інстиляції бромфенаку) по 1 краплі 1 раз/день на протязі 3 місяців, курс нейропротекторної терапії (вітамінно-антиоксидантний комплекс формули AREDS з омега 3, ресвератролом 1 мг та вітаміном D).

Результати через 6 місяців. МКГЗ: OD - 20/250 (29 літер); OS - 20/20 (86 літер). VOT OD - 21,0 мм рт. ст. (знизився на 39%); OS - 18,0 мм рт. ст., режим гіпотензивних препаратів: бринзоламід/тимолол постійно в праве око.

Рівень абсолютного показника запального біомаркера CD54 у периферичній крові знизився на 53 % (до 483 кл/мл) і відносний показник на 21% (до 22 %) проте залишалися вищими за нормальні в 2,9 рази та в 1,1 рази відповідно.

Обговорення. Глаукома при синдромі Стердж-Вебера може бути рефрактерною. Медикаментозна терапія не завжди забезпечує довгостроковий контроль VOT, тоді, щоб уникнути втрати зору, показане хірургічне або лазерне втручання. Van Emelen і співавт. та інші ефективно та безпечно використовували циклодеструкцію як основний хірургічний варіант у поєднанні з місцевими препаратами у дітей. Так і в нашому клінічному випадку пацієнт з неоваскулярною глаукомою при синдромі Стердж-Вебера добре відреагував на циклофотокоагуляцію з

гіпотензивною місцевою терапією (ВОТ знизився на 39 %), протизапальну терапію та за рахунок нейропротекції покращення зорових функцій і якості життя пацієнта.

ПРОГНОЗНА ОЦІНКА ЗМІН У СТАНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ НАЙБІЛЬШ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ

Гуцько Н. В., Короткова Н. В., Мелекесцева А. А.

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

Джерелами інформації для аналізу медико-демографічних показників стану здоров'я населення найбільш радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи адміністративно-територіальних одиниць України слугували інформаційні ресурси Державної служби статистики України за 1979–2020 рр. Використано демографічні, математико-статистичні, графічні, програмно-технологічні методи дослідження.

Проаналізовано рівні народжуваності, мертвонароджуваності, загальної та малюкової смертності, чисельності населення за 1979–2020 рр. у Лугинському, Народицькому, Овруцькому та Олевському районах Житомирської області, Вишгородському, Іванківському та Поліському районах Київської області, Рокитнівському та Сарненському районах Рівненської області, Козелецькому та Ріпкинському районах Чернігівської області України (адміністративно-територіальний поділ на 2020 р.) і