

---

ін'єкцію Anti-VEGF препарату, підкріплену лазеркоагуляцією через 2-3 тижні, після чого на протязі 6 місяців спостерігалася ремісія.

З п'яти пацієнтів, яким після другої ін'єкції Афліберсепту було проведено лазеркоагуляцію сітківки, у одного спостерігалася ремісія захворювання протягом 6 місяців, після чого він був знятий з обліку. Ще у чотирьох пацієнтів через 3-4 місяці знову відбувся рецидив. Їм була виконана третя ін'єкція антиангіогенного препарату та підкріплено прицільною лазеркоагуляцією через 2-3 тижні. Усі пацієнти перебували під наглядом у стані ремісії ще 6 місяців.

**Висновки.** В умовах сучасної економічної кризи лікування пацієнтів з посттромботичною макулопатією потребує індивідуального підходу. Комбінування методів лікування та динамічне спостереження за пацієнтами з посттромботичною макулопатією може значно скоротити інвазивність, вартість та інтенсивність лікування.

### **Our experience in treatment of postthrombotic maculopathy in social-economic aspect**

*Komarovskaya I. V., Baldynyuk A. G.*

*Vinnitsa regional hospital (Vinnitsa, Ukraine)*

A recommended method of taking care about patients with postthrombotic maculopathy in current social-economic situation is a combination of treatment and dynamic observation of patient. Conjunction of anti-VEGF therapy with laser coagulation of retina is an optimal method of treatment for patients with macular edema after retinal vein occlusion.

---

### **Изменение гемодинамики глаз у больных хроническим рецидивирующим передним увеитом при осложненном течении процесса**

**Коновалова Н. В., Храменко Н. И., Наріцьяна Н. И., Иваніцкая Е. В., Серебряна Т. М., Рыбалко А. В.**

*Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)*

**Актуальность.** Социальная значимость проблемы передних увеитов обусловлена их распространенностью, заболеваемостью в молодом и трудоспособном возрасте, а также высокой частотой инвалидности по зрению из-за потери центрального зрения вследствие возникновения различных осложнений, в том числе дегенерации макулы и заднего полюса у 10–35% из числа переболевших. Воспалительный процесс в сосудистом тракте глаза рассматривается как результат взаимодействия комплекса факторов общей и местной сенсибилизации организма. Замедленное кровообращение в увеальном тракте в полной мере способствует задержке в сосудистой оболочке различных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, при определенных условиях, способных вызвать воспалительные и аллергические процессы. На основании проведенных исследований мы предположили возможность прогнозирования возникновения дегенерации макулы и заднего полюса у больных эндогенными увеитами с хроническим, рецидивирующим течением.

**Цель.** Изучить состояние гемодинамики глаз у больных передними хроническими увеитами как диагностического маркера возникновения осложнений - дегенерации сетчатки в области макулы и заднего полюса.

**Материал и методы.** Наблюдали 54 больных (71 глаз) хроническим иридоциклитом. Средний возраст пациентов – (38,1±1,6) лет. Сроки заболевания колеблются от 8 месяцев до 24 лет. Кроме общеклинического офтальмологического обследования больным проводилась реоофтальмография для определения гемодинамики глаз с использованием показателей объемного пульсового наполнения RQ (%) (реографический комплекс ReoCom, Украина).

**Результаты.** Исследованы особенности возникновения дегенерации макулы и заднего полюса у больных иридоциклитами, предложен метод диагностики и профилактики патологического процесса. В 29,5% случаев при переднем увеите наблюдалось осложненное течение процесса, что характеризуется поражением глазного дна, среди которых в 9,8% случаев – вторичная дистрофия сетчатки в зоне макулы. У пациентов с хроническим иридоциклитом без патологии на глазном дне в период ремиссии острота зрения больного глаза была в среднем 0,5±0,08, а в группе больных с осложненным течением (наличием дистрофических изменений в заднем полюсе) - в среднем 0,19±0,08 (p<0,05). Проведение корреляционного анализа показало достоверную обратную взаимосвязь между наличием осложнений течения увеита и состоянием гемодинамики по показателям объемного кровенаполнения RQ (%)  $r_s = -0,27$  (p<0,05), таким образом патологические изменения сетчатки сопровождалось нарушением кровообращения глаза. Также была выявлена резкая асимметрия в кровенаполнении больного и парного условно здорового глаза. У больных хроническим иридоциклитом при определении объемного кровенаполнения глаз методом реографии на больном и парном условно здоровом глазу с расчетом реографического коэффициента RQ, определяется величина разницы этих коэффициентов, и при ее значении 63% и более, прогнозируют развитие макулодистрофии.

**Заключение.** Выявлено, что поражение глазного дна встречается в 29,5% случаев как осложнение течения переднего увеита и сопровождается в период ремиссии значимым снижением показателей гемодинамики глаза.

---

Разработан способ прогнозирования развития макулодистрофии у больных хроническим увеитом (иридоциклитом), при котором проводят реографическое исследование, рассчитывают реографический коэффициент на парных глазах, определяют разницу их, и при ее значении 63% и более, прогнозируют развитие дегенерации макулы и заднего полюса.

### **Changes in hemodynamic of the eyes complicated by chronic recurrent anterior uveitis**

*Konovalova N. V., Khramenko N. I., Naritsyna N. I., Ivanitskaya E. V., Serebrina T. M., Rubalko A. V.*

*State Institution «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» (Odessa, Ukraine)*

Method for the diagnostic and prevention of pathological process was provided. Rheoophthalmic coefficient difference of 63% and more is risk factor for macular degeneration development.

---

### **Мареполимизл в лечении эписклеритов и склеритов туберкулезной этиологии**

**Коновалова Н.В.**

*Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)*

**Актуальность.** При туберкулезе склериты возникают преимущественно вторично, вследствие распространения туберкулезного процесса из сосудистого тракта на склеру в области ресничного тела или периферических отделов хориоидеи. На фоне умеренной инъекции в склере возникает багрово-фиолетовый инфильтрат, сопровождающийся признаками циклита. Склериты протекают с частыми рецидивами и имеют тенденцию к появлению все новых узлов, после которых наблюдаются истончение склеры и развитие стафилом. Склериты разделяются на группы в зависимости от глубины поражения. Поверхностный воспалительный процесс - эписклерит - преобладает при туберкулезно-аллергических формах. Глубокий склерит наблюдается при гематогенном туберкулезе и по морфологии строения относится к гранулематозным процессам. Особенности строения склеры определяют своеобразие течения воспалительного процесса: экссудативные и пролиферативные реакции слабо выражены и протекают хронически. Репаративные процессы осуществляются преимущественно за счет богатых сосудами соседних тканей - соединительной оболочки, эписклеры, сосудистой оболочки глазного яблока. Мареполимизл обладает метаболическим и стимулирующим действием, усиливает процессы регенерации и репарации. Препарат мареполимизл, лечебный эффект которого обусловлен наличием комплекса органических соединений и 16 природных физиологически-активных микроэлементов, в соотношении, характерном для морской воды, не вызывал аллергических реакций и непереносимости.

**Цель исследования** - изучение течения эписклеритов и склеритов под влиянием инстилляций мареполимизла.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 24 больных эписклеритом и 15 больных склеритом туберкулезной этиологии. Возраст пациентов основной группы составил  $24 \pm 3,8$  лет, из них 18 мужчин и 21 женщина. Возраст больных контрольной группы  $51 \pm 4,1$ , 7 мужчин и 8 женщин. Все пациенты получали специфическую противотуберкулезную терапию и инстилляций мареполимизла на протяжении 20 дней.

**Результаты.** В ходе исследования изучалась динамика воспалительного процесса у пациентов с эписклеритом и склеритом, фиксировалось состояние конъюнктивы и склеры. У 7 пациентов (29,1%) эписклеритом через 7 дней после начала лечения были полностью купированы все признаки воспаления. У 17 пациентов эписклеритом (70,8%) и 7 больных склеритом (46,6%) произошло полное купирование элементов воспаления через 10 дней от начала лечения. Полностью рассосался отек, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы подверглись резорбции. Глубокий туберкулезный склерит у 8 больных (53,3%) сопровождался возникновением глубокой инъекции с фиолетовым оттенком инфильтрата, у 2 больных возникло несколько инфильтратов. Купирование воспаления у этих больных наступило через 20 дней от начала лечения. У 2 пациентов сохранялась синюшная окраска в зоне инфильтратов и склеромаляция.

**Заключение.** Таким образом, использование инстилляций мареполимизла у больных склеритом и эписклеритом позволило купировать признаки воспаления. У всех пациентов с эписклеритом и 7 больных склеритом (46,6%) купирование признаков воспаления произошло, в среднем, через 10 дней от начала лечения. Купирование признаков воспаления у 8 пациентов (53,3%) с глубоким склеритом наступило через 20 дней от начала курса лечения.

Инстилляции мареполимизла хорошо переносятся больными и могут быть рекомендованы для лечения больных эписклеритами и склеритами как в остром периоде воспаления, так и в стадии пролиферации и рубцевания.