

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України»
ГО «Асоціація молодих офтальмологів України»
ГО «Асоціація фахівців з офтальмопластики та очного протезування»

«РЕФРАКЦІЙНИЙ ПЛЕНЕР`21»

**науково-практична конференція
з міжнародною участю**

*28-30 жовтня 2021 року
м. Київ*

ЗБІРНИК ПРАЦЬ

*за редакцією
члена-кореспондента НАМН України,
професора С. О. РИКОВА*

КИЇВ – 2021

У Д К 617.753:616.7-053.2(477+100)(063)
Б Б К 56.7
Р 45

*Матеріали збірника праць рекомендовано до видання рішенням
Вченої Ради Національного університету охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика (Протокол № 8 від 13 жовтня 2021 року)*

Рецензенти:

Д.Г. Жабоєдов – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

За редакцією:

С. О. Рикова – члена-кореспондента НАМН України, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри офтальмології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, голови правління ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України»

Р45 «РЕФРАКЦІЙНИЙ ПЛЕНЕР'21»: науково-практична конференція з міжнародною участю 29-30 жовтня 2021 року: збірник праць / під редакцією члена-кореспондента НАМН України, професора С. О. Рикова // Київ. - 2021. - 165с.

ISBN

УДК 617.753:616.7-053.2(477+100)(063)
ББК 56.7

Повну відповідальність за зміст, підбір, точність наведених матеріалів, цитат, статистичних даних, відповідної галузевої термінології, власних імен, джерел інформації, орфографію, плагіат та іншу інформацію, яка використана у публікаціях, несуть автори опублікованих праць

Згідно з реєстром з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій НАМН України та МОЗ України, які проводитимуться в 2021 році

ISBN

Кафедра офтальмології
Національного університету охорони здоров'я
України імені П. Л. Шупика МОЗ України, 2021

Серпутько Г.П., Паламар О.М. <u>МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ІЗ</u> <u>ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОНТРОЛЬНИХ РОБІТ,</u> <u>МОНІТОРИНГІВ В ОФЛАЙН-ФОРМАТІ</u>	151
Уманець М.М., Розанова З.А., Інес Буаллагуї <u>ВИБІР ГАЗОВОЇ ТАМПОНАДИ ПІД ЧАС ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ</u> <u>ІДІОПАТИЧНИХ МАКУЛЯРНИХ РОЗРИВІВ ІЗ ЗБЕРЕЖЕННЯМ</u> <u>ВНУТРІШНЬОЇ МЕЖОВОЇ МЕМБРАНИ</u>	154
Усенко К.О. <u>НОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА РЕЦИДИВІВУВАННЯ</u> <u>ПТЕРИГІУМУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ</u>	156
Цибульська Т.Є. <u>ОРТОКЕРАТОЛОГІЯ ТА МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ – ТАНДЕМ В</u> <u>ЛІКУВАННІ ПРОГРЕСУЮЧОЇ МІОПІЇ У ДІТЕЙ</u>	158
Черненко М. А., Барінов Ю. В. Федчук К.А., Лупирь С.А. <u>ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЙРОТРОФІЧНОГО</u> <u>КЕРАТИТУ У ДІТЕЙ</u>	161
Шаргородська І.В., Сас О.С. <u>МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ</u> <u>ДЕГЕНЕРАЦІЙ РОГІВКИ</u>	163

ОРТОКЕРАТОЛОГІЯ ТА МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ – ТАНДЕМ В ЛІКУВАННІ ПРОГРЕСУЮЧОЇ МІОПІЇ У ДІТЕЙ

Цибульська Т.Є.

Запорізький державний медичний університет

Медичний центр ТОВ «ВІЗУС»

Запоріжжя, Україна

Актуальність. Вплив на прогресуючий перебіг міопії в дитячому віці залишається предметом пошуку дитячих офтальмологів всього світу. Обнадійливі результати щодо даної проблеми показало застосування оптичної корекції у вигляді ортокератологічних лінз. За даними різних авторів ефективність методу ортокератології складає 56 % - 68 % (Т. Е. Hiraoka, Z. Chen). Однією з причин триваючого прогресування міопії, навіть при використанні ортокератологічної корекції, є порушення метаболізму сполучної тканини. Результати біохімічних досліджень показали порушення електролітного та амінокислотного обміну, а саме рівня магнію, кальцію та гідроксипроліну при прогресуванні міопії. З огляду на це, патогенетично обґрунтованим є при прогресуючому перебігу міопії будь яку оптичну корекцію доповнити призначенням загальної та місцевої метаболічної терапії.

Мета. Оцінити вплив загальної і місцевої метаболічної терапії на міопічний рефрактогенез у дітей з різними видами оптичної корекції.

Матеріал та методи. Для клінічної оцінки запропонованої тактики було сформовано основну групу (I) з 30 пацієнтів (60 очей), в лікуванні яких використовувалася загальна та місцева метаболічна терапія, а оптична корекція проводилася за допомогою ортокератологічних лінз (підгрупа Ia, 17 дітей, 34 ока) та окулярів з повною оптичною корекцією (Iб, 13 дітей, 26 очей). Групу порівняння II склали 10 пацієнтів (20 очей), які використовували для оптичної корекції окуляри; групу порівняння III – 9 пацієнтів (18 очей), які використовували для оптичної корекції міопії ортокератологічні лінзи. Пацієнти II та III груп спостереження не отримували загальну та місцеву

метаболічну терапію. Групи були репрезентативні за віком та статтю. Для загальної терапії використовували комплекс коферментів та амінокислот, що містить кобамід (дибенкосид, кофермент B12) – 1,0 мг, кокарбоксилазу (хлорид) (кофермент B1) – 50 мг, піридоксал-5-фосфат (кофермент B6) – 50 мг, карнітин (хлорид) – 100 мг, лізин гідрохлорид – 50 мг («Кардонат»), який призначався по 1 капсулі 2 рази на день; препарат магнію, що містить магнію лактату дигідрату – 470,0 мг, піридоксину гідрохлориду – 5,0 мг («Магній B6») у дозі 10-30 мг/кг маси тіла на добу; препарат кальцію (500 мг кальція карбонату та 200 МО холекальциферолу) («Кальцій D3») у дозі 1 таблетка на добу. Для місцевої терапії застосовувався комплекс амінокислот (L- пролін, L- лізин, L-гліцин, L-лейцитин) та ліпоевої кислоти у вигляді очних крапель («Тіоретин А») по 1 краплі 2 рази на день в обидва ока. Курс лікування 2 місяці. Ефективність запропонованої тактики лікування оцінювали за даними кількості електролітів Mg^{++} , Ca^{++} та гідроксіпроліну у добовій сечі; а також офтальмологічних показників - резервів абсолютної акомодатії (РАА), запасу відносної акомодатії (ЗВА), клінічної рефракції та аксіальної довжини ока. Термін спостереження 12-18 місяців.

Результати. Середні значення Mg^{++} у добовій сечі до лікування у пацієнтів обох підгруп спостереження складалі відповідно 2,23 (1,82;2,87) ммоль/доб та 2,24 (1,87;2,89) ммоль/доб ($p>0,05$). Після курсу лікування спостерігається збільшення рівня Mg^{++} в середньому у 1,5 рази у дітей в обох підгрупах спостереження до 3,49 (3,25;4,02) ммоль/доб та 3,53 (3,27;4,06) ммоль/доб, ($p<0,05$). Середні значення Ca^{++} підгрупі Іа та Іб становили 2,66 (2,49;2,98) ммоль/доб та 2,67 (2,54;2,98) ммоль/доб відповідно, ($p>0,05$). Підвищення рівня Ca^{++} у добовій сечі після проведеного курсу метаболічної терапії відбувалося у пацієнтів в обох групах спостереження. У пацієнтів підгрупи Іа кількість Ca^{++} становила 4,54 (3,98;4,83) ммоль/доб, що в середньому у 1,6 рази вище відносно початкових даних та є статистично значущим ($p<0,05$). У пацієнтів в підгрупі Іб також відбувається статистично значуще збільшення кількості Ca^{++} відносно початкових даних в середньому у 1,6 рази та становить 4,22

(3,91;4,76) ммоль/доб, ($p<0,05$). Початкові дані гідроксіпроліну у добовій сечі були високими у пацієнтів в обох підгрупах та не мав статистично значущої різниці: 184,0 (147,4;206,2) нг/доб у пацієнтів підгрупи Іа та 189,8 (157,3;226,4) нг/доб у пацієнтів підгрупи Іб відповідно ($p>0,05$). Після проведеного курсу метаболічної терапії у пацієнтів підгрупи Іа відбувається зменшення кількості гідроксіпроліну у добовій сечі в середньому у 2,6 рази, 68,6 (61,1;77,9) нг/доб, ($p<0,05$). Призначення метаболічної терапії також сприяло зменшенню кількості гідроксіпроліну в підгрупі Іб. У пацієнтів цієї підгрупи середні значення гідроксіпроліну у добовій сечі ставили 69,2 (61,2;78,0) нг/доб ($p<0,05$), що в середньому у 2,7 рази менше від початку лікування ($p<0,05$).

У пацієнтів з прогресуючою набутою міопією, які використовували для оптичної корекції окуляри додаткове призначення місцевої та загальної метаболічної терапії сприяє підвищенню РАА та ЗВА в середньому у 2,6 та 2,2 рази ($p<0,05$). Збільшення клінічної рефракції становить в середньому 0,40 дптр ($p<0,05$), аксіальної довжини ока в середньому 0,26 мм протягом періоду спостереження ($p<0,05$).

У пацієнтів з прогресуючою набутою міопією, які використовували для оптичної корекції ортокератологічні лінзи додаткове призначення місцевої та загальної метаболічної терапії сприяє підвищенню РАА та ЗВА в 3,6 рази та 2,5 рази ($p<0,05$). Збільшення клінічної рефракції становить в середньому 0,26 дптр, ($p>0,05$), аксіальної довжини ока в середньому 0,18 мм ($p>0,05$).

Висновки. У дітей з ортокератологічною корекцією міопії та додатковим використанням загальної та місцевої метаболічної терапії спостерігається уповільнення збільшення клінічної рефракції в 1,7 рази та аксіальної довжини ока у 1,5 рази у 78,7 % випадків на відміну від дітей з оптичною корекцією окулярами, у яких уповільнення збільшення клінічної рефракції спостерігається у 1,4 рази та аксіальної довжини ока у 1,2 рази у 62,4 % протягом 12-18 місяців спостереження.