



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

проведено на персональному комп'ютері в програмі "STATISTICA 13En". Результати вважались статистично значущим при значенні $p < 0,05$.

Результати. У дітей І групи рівень 25-гідроксिवітаміну становив 16,39 [13,63;17,64] нг/мл, що в 1,2 рази нижче, ніж у пацієнтів ІІ групи та в 2,3 рази нижче ніж у дітей ІІІ групи, дані яких становили 19,68 [18,19;20,19] та 39,80 [38,98;40,68] нг/мл відповідно ($p < 0,05$). Проведено кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Кореляційний аналіз показав достовірний зворотній зв'язок між рівнем 25-гідроксивітаміну Д та аксіальною довжиною ока ($r = -0,50$, $p < 0,05$), а також з даними рефракції ($r = -0,69$, $p < 0,05$). За даними ROC-аналізу визначено оптимальні значення порогу відсікання для показника 25-гідроксивітаміну Д у ротовій рідині дітей з міопією, що може вказувати на її прогресуючий перебіг: $\leq 20,154$ нг/мл (чутливість 87,9 %, специфічність 94,7 %).

Висновки. Отримані дані свідчать про зниження рівню 25-гідроксивітаміну Д у дітей з міопією, при цьому значення 25-гідроксивітаміну Д $\leq 20,154$ нг/мл вказують на її прогресуючий перебіг.

ВИДАЛЕННЯ ПЕРСИСТУЮЧОЇ ЗІНИЧНОЇ МЕМБРАНИ З ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЄЮ КРИШТАЛИКА

Калашова А.Е.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Саржевська Л.Е.

Кафедра офтальмології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність: Персистуюча зінична мембрана (ПЗМ) є вродженою аномалією розвитку мезодермальної тканини райдужної оболонки. Вона є залишками передньої частини кришталикової сумки, яка живить кришталік під час внутрішньоутробного розвитку. Залишки ПЗМ варіюють у великому діапазоні – від тонких тяжів, видимих на щілинній лампі, до щільних утворень, що закривають зіницю та викликають зниження зору. Волокна ПЗМ можуть з'єднуватися з рогівкою або кришталіком, але частіше з іншими ділянками райдужної оболонки та між собою. Щільна ПЗМ зустрічається рідко, але офтальмологи можуть зіткнутися з ситуацією щодо прийняття рішення лікування відповідного стану.

Мета: описати особливості клініки та хірургії ПЗМ в комбінації з факоемульсифікацією кришталіка.

Матеріали та методи: Пацієнтка Д., 60 років звернулася зі скаргами на зниження гостроти зору обох очей. Діагноз: Вроджена вада розвитку, ПЗМ, ускладнена катаракта, міопічний астигматизм ОІ. Біомікроскопія: У проекції зіниці - залишкова мембрана у вигляді щільної фіброзної плівки, ніжки якої фіксовані до райдужки. ПЗМ прилягає до капсули кришталіка, її колір співпадає з кольором райдужної оболонки. Кришталік нерівномірно мутний. Очне дно не офтальмоскопується. Гострота зору OD 0,02 н.к.

Результати: Проведено видалення мембрани, факоемульсифікацію кришталіка з внутрішньокапсульною імплантацією ІОЛ. Особливості операції: внаслідок введення мідріатики зіниця розширилася, волокна ПЗМ натягнулися. Введено віскоеластики, віскосекція мембрани для відокремлення її від поверхні кришталіка. Тяжі мембрани розсічені ножицями та видалені. При цьому спостерігалася незначна кровотеча в одному із місць перетину найбільш щільного тяжу, яка зупинилася самостійно. Передня капсула кришталіка залишилася інтактною. Факоемульсифікація кришталіка з імплантацією ІОЛ. У післяопераційному періоді особливостей не відмічали. При виписці: OD: око спокійне. Рогівка прозора. Передня камера середньої глибини, волога прозора. Зіниця кругла, в центрі, звужується і розширюється рівномірно, при цьому по краю зіниці видно основи пересічених тяжів ПЗМ. Положення ІОЛ у капсулярному мішку правильне. Гострота зору OD - 0,6 н.к.

Висновки: Хірургічне втручання є ефективним варіантом лікування ППМ без інтраопераційних і післяопераційних ускладнень.