

Метаболічні, ендокринні та серцево-судинні захворювання: міждисциплінарний підхід до діагностики та лікування

Метаболічний синдром, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія — усі ці захворювання не потребують представлення, а міжнародною вченою спільнотою вони вже визнані глобальним тягарем охорони здоров'я. Українські фахівці приділяють не менше уваги цим проблемам, обговорюючи актуальні питання їх діагностики та лікування у рамках міждисциплінарного підходу.

8 грудня 2017 р. у столичному «Президент Готелі» за сприяння Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Головного управління медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації, Української асоціації міждисциплінарної медицини, Українського глаукомного товариства, Громадської організації «Українська академія педіатрії», Київського медичного університету та Київського міського офтальмологічного центру Київської міської клінічної лікарні № 1 проведено Науково-практичну конференцію (далі — Конференція) «Метаболічний синдром, гіпертонічна хвороба, дисліпідемія та цукровий діабет: міждисциплінарний підхід до діагностики та лікування. Судинні ускладнення цукрового діабету». До участі у заході запрошені науковці, практикуючі лікарі-ендокринологи, кардіологи, терапевти, лікарі сімейної практики, офтальмологи та всі зацікавлені у цій проблематиці.



Розпочинаючи захід, із вітальним словом до присутніх звернувся заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, завідувачий відділенням профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України **Володимир Паньків**. Менеджмент основних хронічних неінфекційних захворювань, до яких належить і цукровий діабет, і артеріальна гіпертензія, і те, що лікарі називають метаболічним синдромом, а також проблемні асоційованих питань офтальмології є надзвичайно важливим і актуальним, як наголосив оратор, адже в цілому наука ендокринологія серед усіх медико-біологічних дисциплін є такою, що знає найбільш бурхливого та динамічного розвитку, і фактично підручники з ендокринології мають змінюватися кожні півроку — настільки величезний масив нової інформації.

Сучасний лікар взагалі має бути людиною, яка тримає руку на пульсі всього, оскільки кожна інформація, нові підходи й тенденції, які базуються на принципах доказової медицини, спрямовані перш за все на допомогу людям із певними проблемами зі здоров'ям, як зазначив В. Паньків. Розпочинаючи свою доповідь, оратор наголосив, що вона присвячена пацієнтам з ендокринною патологією у практиці сімейного лікаря з особливим акцентом на те, що взагалі повинен фахівець будь-якої спеціальності мати на увазі перед тим, як розпочинати лікувальні заходи.

Зважаючи на те що скарги пацієнта можуть стосуватися, наприклад, зниження гостроти зору або свербіння шкіри, а основне захворювання може бути зовсім іншим, клініцисту важливо отримати той необхідний мінімум інформації, без якого він взагалі не має права розпочинати лікування. Але ж сам успіх лікувального процесу на 99% залежить від пацієнта, як відзначив оратор, тому, якщо він навчений та здатний адекватно контролювати перебіг захворювання, то може жити якісно і за тривалістю життя не поступатися людям без подібних проблем.

В. Паньків зазначив, що майже всі українці тією чи іншою мірою мають дефіцит йоду — така специфіка нашого регіону, адже з продуктами харчування ми отримуємо приблизно лише третину від тієї кількості цього елемента, яка необхідна для адекватного синтезу гормонів щитоподібної залози. Передовими темпами наваздогін Європі наші співвітчизники впевнено крокують за показниками центрального ожиріння, адже маса тіла середньостатистичного українця зростає на 1–2 кг кожні 5 років.

За даними В. Паньківа, зараз в Україні у приблизно 13 млн людей виявлено артеріальну гіпертензію, у 1,5 млн — офіційно діагностований цукровий діабет, проте реальні цифри захворюваності ще більш вражаючі. Також актуальною проблемою як для наших громадян, так і для людей у усьому світі є стан забезпечення організму вітаміном D.

Тож, якщо подивитися на пересічного українського громадянина чоловічої статі приблизно 50-річного віку, то середньостатистично ця людина має індекс маси тіла 32 кг/м² (тобто ожиріння I ступеня), артеріальну гіпертензію, дещо підвищений рівень глюкози в крові, на 15% знижену функцію щитоподібної залози, на 10% знижений рівень тестостерону, еректильну дисфункцію, набряки тощо.

Отже, основну частину своєї доповіді В. Паньків присвятив так званому барометру погоди людського організму — щитоподібній залозі, а також її основному регулятору та взагалі диригенту всього ендокринного оркестру — гіпофізу. Проводячи подальші аналогії, оратор зазначив, що саме тиреотропний гормон є показником «зарядки» нашого організму, а його рівень відображає емоційний, фізичний, розумовий стан тощо. Тому менеджмент будь-якого захворювання має включати визначення рівня цього гормону в крові та оцінки стану щитоподібної залози.

Зазвичай виражені прояви захворювання щитоподібної залози не викликають проблем з діагностикою, тому В. Паньків рекомендував звертати увагу на субклінічні форми дисфункції цього органа, які діагностують виключно за допомогою лабораторних методів. Проте необхідно пам'ятати, що діагноз встановлює не спеціаліст функціональної діагностики, який тільки має право описати, наприклад, зміни в органі при ультразвуковій діагностиці щитоподібної залози, а саме лікар-ендокринолог, а за необхідності проведення оперативного втручання важливо обов'язково попередньо проводити пункційну біопсію тканини щитоподібної залози.

За словами професора, людство можна поділити на три великі групи: ті, хто вже перехворів на цукровий діабет, адже кожна хвилину помирають декілька осіб від цієї патології; пацієнти з цукровим діабетом, яких нині у світі налічують близько півмільярда; а також ті особи, які ще зіткнулися з цим захворюванням, тому що кожної хвилини у 5–7 людей у світі вперше діагностують цукровий діабет. І якщо лікар зазвичай доволі швидко може нормалізувати рівень глюкози у крові пацієнта, то одним з найважливіших питань є недопущення розвитку ускладнень цукрового діабету, а в подальшому — не просто додати років життя пацієнту, а й покращи-

ти їх якість. Але знову ж таки, стратегічно важливою є мотивованість самого пацієнта.

У цьому ж напрямку раціональним є застосування так званого квартету здоров'я, як наголосив В. Паньків. Одним з його граців є метформін — препарат першого ряду для лікування пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу згідно з усіма світовими гайдлайнами, який, окрім гіпоглікемічної дії, має здатність знижувати апетит, демонструє сприятливу дію проти інсулінорезистентності, зменшує масу тіла, покращує стан судин і позитивно впливає на реологічні властивості крові. Іншими компонентами квартету є альфа-ліпоєва кислота, яка особливо необхідна в зимовий період, вітамін D та поліненасичені жирні кислоти.

Завершуючи свою доповідь, оратор наголошує, що тривалість життя написана на стінках кровоносних судин, тому, окрім дотримання цільових рівнів глюкози в крові, не менш важливими є рівень артеріального тиску і показники ліпідограми в аспекті профілактики серцево-судинних захворювань та їх ускладнень, які дуже часто крокують поруч із цукровим діабетом.

Наступною до слова була запрошена лікар-терапевт, кардіоревматолог, доктор медичних наук **Тетяна Анікеєва**, темою доповіді якої стали «Кардіологічні аспекти метаболічного синдрому». На жаль, Україна офіційно посідає перше місце в Європі за рівнем захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань, хоча реальні показники за певних причин можуть значно відрізнятися від офіційних, причому в кращий бік, як наголосила ораторка.

Окрему увагу доповідач приділила проблематиці метаболічного синдрому, зауваживши, що він є комплексом гормональних та клінічних порушень, які є факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань, та в основі яких полягає саме інсулінорезистентність. З плином часу, а це вже близько 50 років, визначення та компоненти метаболічного синдрому змінювалися, і на сьогодні існують дві основні позиції: Американської асоціації кардіологів та Міжнародної федерації з вивчення діабету, і до позиції останньої, до речі, схиляється українська медична спільнота, як вважає Т. Анікеєва.

Фахівець звернула увагу, що Американська асоціація кардіологів у листопаді поточного року змінила підходи щодо показників артеріального тиску, і тепер, згідно з критеріями, нормою є тиск <120/80 мм рт. ст., підвищений артеріальний тиск — 120–129/80 мм рт. ст., артеріальна гіпертензія першого ступеня — 130–139/80–89 мм рт. ст., а другого — >140/90 мм рт. ст.

Зазвичай глікемічні розлади проявляються підвищенням рівнем глюкози у крові натщесерце, але, на думку Т. Анікеєвої, цей параметр не завжди є показовим у людей з метаболічними розладами або з ожирінням, тому доцільно вимірювати рівень глікованого гемоглобіну в крові. Слід розуміти, що інсулін є не лише необхідним гормоном — він також має і негативні сторони, адже гіперінсулінемія підвищує реабсорбцію іонів натрію в нефронах, що призводить до затримки рідини в організмі людини. А тому зазвичай ці пацієнти потребують додавання відповідних діуретиків до схеми лікування. Іншим побічним ефектом гіперінсулінемії є підвищення концентрації внутрішньоклітинного кальцію, тому не менш важливою групою пре-

паратів для лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією та метаболічними розладами є блокатори кальцієвих каналів, зазначає доповідач.

Важливо пам'ятати, що пацієнти з метаболічним синдромом належать до групи високого кардіоваскулярного ризику, тому, на переконання ораторки, стартова антигіпертензивна терапія має базуватися обов'язково на комбінації щонайменше двох фармакологічних агентів, а у разі відсутності ефективності при максимальних дозах — необхідним є додавання третього препарату чи взагалі зміна комбінації лікарських засобів. Першим призначеним препаратом, за словами Т. Анікеєвої, має бути інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту або блокатор рецепторів ангіотензину, оскільки саме вони мають найкращу доказову базу, але водночас забороненою є їх комбінація.

Наступна доповідь, яку презентувала лікар-гастроентеролог та ультразвукової діагностики **Маріанна Якуб**, стосувалася метаболічного синдрому та неалкогольної жирової хвороби печінки. За словами ораторки, усі компоненти метаболічного синдрому тісно пов'язані один з одним, проте найбільша вираженість окремих з них може підвищувати ризик розвитку асоційованих патологій.

Наприклад, при домінації ожиріння можна очікувати розлади сну, обструктивне апное уві сні, неалкогольну жирову хворобу печінки, а при інсулінорезистентності — цукровий, гестаційний діабет, синдром полікістозних яєчників тощо. Зупиняючись докладніше на неалкогольній жировій хворобі печінки, доповідач акцентувала увагу на тому, що вона є найпоширенішим захворюванням цього органа в усьому світі, яке характеризується надмірним накопиченням жиру в печінці, а також асоціюється з інсулінорезистентністю.

За словами М. Якуб, взаємозв'язок між метаболічним синдромом і неалкогольною жировою хворобою печінки полягає у накопиченні тригліцеридів у цьому органі, що супроводжується порушенням енергетичного обміну та адатності інсуліну пригнічувати продукцію глюкози і ліпопротеїдів дуже низької щільності в печінці. У подальшому це призводить до розвитку гіперглікемії, гіперінсулінемії та гіпертригліцеридемії. Неалкогольна жирова хвороба печінки тісно пов'язана з порушенням утилізації глюкози не лише печінкою, а й жировою та м'язовою тканинами, при цьому всі компоненти метаболічного синдрому корелюють із кількістю жиру в печінці незалежно від індексу маси тіла.

Тож за наявності метаболічного синдрому в будь-якого пацієнта необхідно оцінити ризик розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки і, навпаки, у разі виявлення останньої лікар має оцінити ризик розвитку кожного з компонентів метаболічного синдрому, наголосила М. Якуб.

Спільними зусиллями Європейської асоціації з вивчення хвороб печінки та Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету й ожиріння створено клінічні рекомендації з приводу діагностики та лікування пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки, де, за словами ораторки, зазначено, що всім пацієнтам зі стеатозом печінки необхідно провести обстеження на наявність метаболічного синдрому незалежно від рівня ферментів печінки у крові, а особи з постійно підвищеним їх рівнем потребують проведення скринінгу неалкогольної жирової хвороби печінки.

З приводу діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки доповідачка наголошує, що першочерговим методом є ультразвукове дослідження, а в разі відсутності можливості його проведення — оцінка рівня біомаркерів у сироватці крові. У разі можливості доцільним є використання і транзиторної еластографії.

За словами фахівця, як цукровий діабет 2-го типу, так і ризик його розвитку також асоціюються з тяжкістю і ризиком розвитку ускладнень неалкогольної жирової хвороби печінки, таких як неалкогольний стеатогепатит, виражений фіброз, гепатоцелюлярна карцинома, причому незалежно від рівня ферментів печінки в крові. Тому усім пацієнтам із цукровим діабетом необхідно проводити скринінг неалкогольної жирової хвороби печінки і навпаки. Резюмуючи свою доповідь, М. Якуб акцентує увагу на тому, що кожен пацієнт із метаболічними порушеннями має спостерігатися відповідними профільними спеціалістами.





Наступною до слова була запрошена проректор з науково-педагогічної роботи Київського медичного університету, доктор медичних наук, професор **Світлана Доан**, доповідь якої стосувалася переважно проблематики цукрового діабету, адже ця патологія набуває вже пандемічного масштабу і носить мультифакторний характер. Звичайно, цукровий діабет має декілька різних причин розвитку, і цього разу професор вирішила звернути увагу на дещо нетрадиційні — їх мікробні аспекти.

Відомо, що ентеро- та інші вірусні інфекції можуть бути важливим чинником виникнення цукрового діабету. Загалом цей взаємозв'язок вивчається вже більше 50 років, і за цей час встановлено, що захворюваність на цукровий діабет 1-го типу різко підвищується в місцях спалахів ентеровірусної інфекції. Наприклад, в Австралії при обстеженні дітей з цукровим діабетом 1-го типу у 30% виявлено ентеровіруси, причому всі ці діти мали відношення до спалаху ентеровірусної інфекції, спричиненої типом 71, як зазначила ораторка.

Найновіші дослідження, проведені у Фінляндії, демонструють, що ентеровірусну інфекцію у 3 рази частіше виявляють серед дітей із цукровим діабетом. Вчені активно досліджують діабетогенний ефект ентеровірусів і демонструють, що деякі з них взагалі тропні саме до клітин підшлункової залози, призводять до їх лізису, зниження функціональної активності органа та стимуляції аутоімунних процесів. В Японії задокументовано випадок розвитку блискавичного цукрового діабету, коли інфікування ентеровірусом призвело до формування гострого панкреатиту зі зниженням функції підшлункової залози, а в результаті — подальшої шестиденної вираженої гіпертермії, поліурії, спраги та гіперглікемії — до летального наслідку, як зазначила С. Доан.

Україна також не залишається осторонь проведення подібних досліджень із приводу причетності ентеровірусів до розвитку цукрового діабету, і, як наголосила фахівець, їх результати демонструють, що в роки зростання активності епідемічного процесу ентеровірусних інфекцій виявлено виражений прямий кореляційний зв'язок із частотою розвитку інсулінозалежного цукрового діабету. Окрім того, у регіонах найвираженішої циркуляції ентеровірусів і внаслідок цього — з найвищою поширеністю серозного менингіту — вже через рік відзначено різке зростання захворюваності на цукровий діабет 1-го типу.

Узагальнюючи свою доповідь, С. Доан акцентувала увагу на тому, що навіть легкі кишкові вірусні інфекції можуть мати важкі, навіть трагічні наслідки. Тому важливо запобігти подібного роду спалахам, а також не допустити хронізації ентеровірусних інфекцій.



Неможливо оминати увагою доповідь директора Київського міського офтальмологічного центру Київської міської клінічної лікарні № 1, доктора медичних наук, професора кафедри хірургічних захворювань Київського медичного університету **Наталі Веселовської**, яка стосувалася ускладнень цукрового діабету з боку органа зору. На сьогодні, за словами ораторки, є дві основні причини втрати зору у пацієнтів із цукровим діабетом — діабетичний макулярний набряк і діабетична ретинопатія, причому за відсутності лікування приблизно третина пацієнтів із клінічно значущим макулярним набряком матиме втрату центрального зору приблизно через 3 роки.

Взагалі, в офтальмологічній царині існує правило однієї третини, наголошує Н. Веселовська, яке дозволяє приблизно розрахувати кількість пацієнтів з імовірними патологічними змінами. У третини пацієнтів із цукровим діабетом діагностують діабетичну ретинопатію. У третини пацієнтів з діабетичною ретинопатією спостерігається діабетичний макулярний набряк, а у третини з останніх — він є клінічно значущим.

Говорячи про діабетичний макулярний набряк, слід розуміти, що ця патологія є інвалідізуючою і взагалі вона достатньо важко піддається лікуванню, якщо запізно діагностована. Саме тому ця проблема має бути вчасно виявлена, тобто ще на рівні функціональних змін, коли при правильному лікуванні та подальшій профілактиці можна повернути зір практично до норми.

Лікування пацієнтів із цукровим діабетом потребує постійного контакту між лікарями-ендокринологами, офтальмологами, судинними хірургами, кардіологами тощо, адже, як зазначив професор, відсутність міждисциплінарної взаємодії призводить до зниження ефективності лікування та збільшення кількості випадків інвалідизації.

Тактика лікування пацієнтів із діабетичним макулярним набряком визначається згідно з наявними патологічними змінами з боку органа зору. Багато часу основним методом була лазерна коагуляція сітківки, яка насправді є доволі ефективною, але і травматичною процедурою. Тому останніми роками широко використовується інтравітреальне (всередину скловидного тіла) введення препаратів, які є антагоністами ендотеліального судинного фактора росту (vascular endothelial growth factor — VEGF). Вже у 2013 р., за словами Н. Веселовської, близько 90% лікарів — ретинологів Сполучених Штатів Америки відзначили, що саме цей метод є найефективнішим, у разі своєчасного застосування.

Доповідачка наголошує, що при виборі методу лікування не потрібно орієнтуватися лише на гостроту зору пацієнта, адже часто трапляються ситуації, коли при достатньо високих її показниках вже наявні катастрофічні зміни у центральній ділянці сітківки ока людини, і достатньо лиш певних коливань рівня глюкози у крові чи артеріального тиску, щоб різко настала декомпенсація та безповоротні зміни з боку зорового апарата.

Як і раніше, при проліферативній діабетичній ретинопатії рекомендується виконання лазерної коагуляції, адже вона дозволяє впоратися з периферичною неоваскуляризацією та проліферацією, але знову ж таки цей метод має бути застосовано коректно, своєчасно і виключно за показаннями. Окрім того, ораторка акцентувала увагу присутніх на тому, що дуже важливо враховувати рівень компенсації цукрового діабету при проведенні лазерної коагуляції, причому навіть більше, ніж при інтравітреальних втручаннях. Тому, коли пацієнт готується до такого втручання, обов'язковим є вимірювання рівнів глюкози та глікованого гемоглобіну в крові, тому що при підвищенні цих показників застосування лазерної коагуляції заборонено.

Резюмуючи свою доповідь, професор зазначила, що як діабетична ретинопатія, так і макулярний набряк, є тяжкими ускладненнями, які призводять до втрати зору, і про це мають знати лікарі та бути проінформованими пацієнти. Більше того, пацієнти з цукровим діабетом за можливості мають бути оглянутими не тільки лікарями-офтальмологами, а й ретинологами. Ораторка окремо звернула увагу на те, що при діагностуванні цукрового діабету та застосуванні антигіперглікемічної терапії, а особливо інсулінотерапії, пацієнт обов'язково має проконсультуватися з лікарем-офтальмологом.



Наступною була доповідь завідувача офтальмологічного відділення Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр № 2 Дарницького району м. Києва», кандидата медичних наук **Інні Жеребко**, яка стосувалася нових можливостей антиоксидантної терапії в офтальмологічній практиці. За словами ораторки, в сучасній медицині загальновідомим є той факт, що з віком помутніння кришталика ока є в тому числі наслідком реакцій вільнорадикального окиснення, і взагалі оксидативний стрес на сьогодні — доволі актуальне питання у багатьох медичних напрямках.

Підвищене утворення активних форм кисню в організмі разом зі зниженням активності антиоксидантної системи призводять до розвитку хронічного оксидативного стресу зокрема і в зоровому апараті, що створює умови не лише для розвитку, наприклад,

катаракти, а і прогресування ускладнень цукрового діабету. Саме тому застосування антиоксидантної терапії доповідка вважає доцільним принаймні в офтальмологічно-ендокринологічній мік-дисциплінарній практиці.



«Прояви синдрому сухого ока при різних стадіях діабетичної ретинопатії. Диференційований підхід до лікування» — саме це стало темою доповіді доктора медичних наук, професора кафедри офтальмології Харківської медичної академії післядипломної освіти **Ольги Недавецької**. За словами професора, взагалі-то синдром сухого ока є доволі заїждженою темою серед медичної спільноти, проте, вважаючи на зростаючу поширеність цієї патології, а також

на те, що цей синдром має багато причин розвитку, і ендокринні захворювання не є винятком, — вона завжди актуальна».

Говорячи про взаємозв'язок синдрому сухого ока з цукровим діабетом, ораторка зазначила, що чим вираженішим є перший, тим тяжчою є діабетична ретинопатія і навпаки. Окрім того, прояви синдрому сухого ока при цукровому діабеті посилюються у зв'язку з периферичною нейропатією, внаслідок чого страждає рогівка ока, втрачаючи свою чутливість, що разом підвищує ризик розвитку асоційованих ускладнень, як зазначила професор.

Залежно від вираженості та власне причин розвитку синдрому сухого ока лікувальна стратегія може бути дуже різною, адже в арсеналі фахівців є як терапевтичні, так і хірургічні методи лікування пацієнтів із цією патологією. Проте, не кажучи вже про важливість профілактики, своєчасне звернення та правильна діагностика, заснована на виявленні істинних причин розвитку синдрому сухого ока, є запорукою успішного лікування, як завершила одну частину доповіді **О. Недавецька**.

Іншою темою, яку в ході Конференції підняла професор, стала неоваскулярна глаукома, яка є дуже тяжким захворюванням і може призводити не лише до втрати зору, а й до втрати ока. Етіологічно це захворювання має множинні та різноманітні корені, як зазначила доповідач, але найчастішими причинами його розвитку є проліферативна діабетична ретинопатія та різні оклюзивні захворювання сітківки ока. У патогенезі неоваскулярної глаукоми, на думку багатьох сучасних дослідників, головну роль відіграє гіпоксія, яка розвивається на фоні різноманітних процесів, зокрема порушення кровопостачання певних ділянок сітківки внаслідок тромботичних явищ.

Щодо лікування пацієнтів із неоваскулярною глаукомою, професор зазначає, що воно залежить від її стадії: при першій, коли ще відсутній рубець радужної оболонки, доцільно проводити лазерну коагуляцію ішемічних ділянок сітківки або транссклеральну кріокоагуляцію; при другій, коли вже наявний рубець, можливим є підхід, як і в першому випадку, але вже необхідним є застосування препаратів для зниження внутрішньоокового тиску (наприклад блокатори бета-адренорецепторів, агоністи альфа₂-адренорецепторів тощо); при третій — застосовуються ті ж самі лікарські

засоби з можливістю додавання до них діуретичних, нестероїдних протизапальних та деяких інших препаратів, при цьому виключаючи засоби, які звужують зіницю, а також аналоги простагландинів, а паретинальна лазерна коагуляція застосовується тільки у разі чіткого медикаментозного контролю внутрішньоокового тиску; при четвертій стадії, коли кут передньої камери ока закритий, — зазвичай медикаментозне лікування є неефективним, але деякі з лікарських засобів можна застосовувати у рамках підготовки до оперативного втручання.

Хірургічне лікування пацієнтів із неоваскулярною глаукомою — дуже широка та дискусійна тема, але деякі сучасні методики професор все ж таки презентувала присутнім. Головною проблемою усіх хірургічних операцій є значне розростання сполучної тканини в ділянці втручання, як зазначила ораторка, і задля запобігання цьому побічному ефекту також розробляють різноманітні методи.

Одними з найпоширеніших оперативних втручань у світі з приводу неоваскулярної глаукоми є фістулізуючі операції, наприклад трабекулектомія, які сьогодні виконуються в різних модифікаціях. Також актуальними є елементи іридоциклоретракції, тобто відтискування радужної оболонки і центрального тіла задля формування простору для відтоку внутрішньоокової рідини. Одними з можливих методик є оперативні втручання, які спрямовані на зменшення продукції внутрішньоокової рідини. За словами професора, постійно розвивається і так звана дренажна хірургія, спрямована на покращення відтоку рідини у необхідному напрямку.



Фінальною стала доповідь заслуженого лікаря України, директора Київського міського офтальмологічного центру Київської міської клінічної лікарні № 1, завідувача кафедри хірургічних хвороб Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет», доктора медичних наук, професора **Зої Веселовської**, яка знову звернула увагу присутніх на актуальну проблематику синдрому сухого ока. Відзначаючи велику кількість факторів ризику розвитку цього синдрому, професор зазначає, що провідними з них є умови праці, екологія, спосіб життя, різноманітні ендокринні порушення, а також наявна офтальмологічна патологія.

Зважаючи на велику кількість різноманітних лікарських засобів на фармацевтичному ринку, перш за все лікар має орієнтуватися на цілі, яких він прагне досягнути у кожному конкретному випадку під час лікування пацієнта з синдромом сухого ока. Слід розуміти, що ізолюване лікування, яке не враховує факторів ризику розвитку цієї патології, є недоцільним, адже, як зазначила професор, нездорові очі знаходяться в нездоровому організмі. Тому дуже важливою складовою успішного лікування пацієнтів із синдромом сухого ока є протидія зовнішнім і внутрішнім, а також тим, що модифікуються та не модифікуються, факторам ризику. Також одним із першочергових заходів має бути обов'язкова регулярна гігієна повік, навіть за відсутності мейбоміту.

У наш вік нанотехнологій не слід забувати і про елементарні закони фізики щодо електростатичної взаємодії частинок, а поєднуючи це все в єдине ціле, можна досягнути ще вищих результатів. Мова йде про те, що краплі, які є катіонною субстанцією, є набагато ефективнішими у зв'язку з негативним (аніонним) зарядом частинок поверхні ока, що дозволяє досягти кращого розподілення рідини та контакту між ними. Тож, говорячи про досконалість лікування, слід надавати перевагу саме тим препаратам, які впливають на всі шари сліззової рідини, є атравматичними, мають хороший комплаєнс і високий профіль безпеки, як резюмувала доповідачка.

Підводячи підсумки Конференції, **З. Веселовська** запропонувала присутнім надіслати будь-які актуальні запитання з приводу обговорюваних тем, адже на їх основі формуватимуться доповіді майбутніх заходів, один з яких, до речі, за участю провідних закордонних фахівців з Європи та Сполучених Штатів Америки відбудеться вже навесні наступного року.

*Олег Мартиниш,
фото Сергія Бека*

