

**Висновки**

1. У дітей з пневмонією, які часто хворіють на ГРЗ, виявлено дисбаланс цитокінів за рахунок різкого зниження вмісту ІЛ-2 і ІФН-γ та підвищення вмісту ІЛ-4, що свідчить про виснаження резервів імунної системи, переключення її з Т-клітинної на В-клітинну ланку, яка не може забезпечувати адекватну протівірусну і протибактеріальну відповідь організму.

2. Різке зниження рівня β2-МГ у сироватці крові таких дітей є достатньо інформативним серологічним маркером супресії Т-клітинної ланки імунітету.

**Перспективи подальших досліджень**

Після завершення курсу стаціонарного лікування у цих дітей, на відміну від дітей, які не часто хворіють на ГРЗ утримувався вищевказаний дисбаланс цитокінів, що є підставою для пошуку шляхів оптимізації їх лікування.

**Література**

1. Алешина Р.М. Синдром вторичной иммунной недостаточности: клиника- лабораторная характеристика / Р.М. Алешина // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 2 (07). – С. 17-20.
2. Антипкін Ю.Г. Позалікарняна пневмонія у дітей / Ю.Г. Антипкін, А.О. Турецька // Здоровье женщины. – 2008. – №4. – С.159-161.

3. Банадига Н.В. Стан клітинного та гуморального імунітету у дітей раннього віку позалікарняною пневмонією / Н.В. Багадига, Т.В. Томашівська // Современная педиатрия. – 2008. – №2(19). – С.36-38.

4. Бережний В. В. Імунокорекція в педіатрії / В. В. Бережний // Нова медицина. – 2005. – №5. – С.54-59.

5. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение / Н.В.Короид, А.Л. Заплатников, Г.А. Мингалимова, Н.С. Глухарева // Русский медицинский журнал. – 2011. – №22. – С. 22–27.

6. Ивардава М.И. Место иммуномодуляторов в лечении острой респираторной инфекции у часто болеющих детей / М.И. Ивардава // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Том 10, №3. – С.103-107.

7. Ковальчук Л.В. Иммунная реактивность организма в условиях естественного дефицита цинка / Л.В. Ковальчук, В.Л. Сусликов // Имунология. – 2008. – №6. – С. 336-339.

8. Маврутенков В.В. Діагностичне значення визначення І2-мікроглобуліну в сироватці крові у хворих із гострими захворюваннями верхніх дихальних шляхів / В.В. Маврутенков // Медичні перспективи. – 2005. – Том X, №3. – С.66-68.

9. Нетребенко О.К. Иммуноутириенты в питании детей / О.К.Нетребенко, Л.А.Щеплягина // Педиатрия. – 2006. – № 6. – С.6-14.

10. Почивалов А.В. Часто болеющие дети и новые возможности иммуномодулирующей терапии / А.В. Почивалов, Е.И.Погорелова // Детские инфекции. – 2010. – №1. – С.50-53.

Одержано 01.10.2015 року.

УДК 616.12-008.315+616.127-005.8.

## **ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ НА ПЕРЕБІГ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ Q, QS ІНФАРКТОМ МІОКАРДА**

**Т.В. Мергель**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

## **ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С Q, QS ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**Т.В. Мергель**

ГБУЗ «Івано-Франковский национальный медицинский университет»

## **INFLUENCE OF PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION ON HEART FAILURE IN PATIENTS WITH Q-WAVE, QS-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION**

**T.V. Merhel**

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Резюме.** Серцева недостатність у хворих із інфарктом міокарда без проведеної реваскуляризації характеризується обтяженим перебігом захворювання, що виявляється погіршенням клінічного стану, зниженням толерантності до фізичного навантаження, суттєвими змінами гемодинаміки, інтенсивнішими проявами міокардальної ішемії, вираженим ремоделюванням лівого шлуночка, порівняно з особами, яким була виконана ендоваскулярна реперфузія міокарда шляхом стентування інфарктзалежної коронарної артерії. Встановлено, що проведення черезшкірного коронарного втручання сприяє вірогідному підвищенню фракції викиду лівого шлуночка, достовірному зменшенню кінцевого систолічного об'єму, маси міокарда та індексу міокарда лівого шлуночка у порівнянні з хворими без проведеної реваскуляризації.

Реперфузійна терапія покращує перебіг післяінфарктного періоду і тому має бути пріоритетним напрямком лікування хворих із гострим інфарктом міокарда.

**Ключові слова:** *гострий інфаркт міокарда, ремоделювання, серцева недостатність, черезшкірне коронарне втручання.*

**Резюме.** Сердечная недостаточность у больных с инфарктом миокарда без проведенной реваскуляризации характеризуется обтяженным течением заболевания, которое проявляется ухудшением клинического состояния, снижением толерантности к физической нагрузке, существенными изменениями гемодинамики, интенсивными проявлениями миокардиальной ишемии, выраженным ремоделированием левого желудочка по сравнению с лицами, которым была выполнена эндоваскулярная реперфузия миокарда путем стентирования инфарктзависимой коронарной артерии. Установлено, что проведение чрескожного коронарного вмешательства способствует достоверному повышению фракции выброса левого желудочка, уменьшению конечного систолического объема,

массы миокарда и индекса массы миокарда левого желудочка по сравнению с больными без проведенной реваскуляризации. Реперфузионная терапия улучшает течение постинфарктного периода и поэтому должна быть приоритетным направлением лечения больных с острым инфарктом миокарда.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, ремоделирования, сердечная недостаточность, чрескожное коронарное вмешательство.

**Abstract.** In patients with myocardial infarction without revascularization chronic heart failure is characterized by burdened course of disease manifesting in deterioration of clinical condition, decrease in exercise tolerance, significant changes in hemodynamics, intense manifestations of myocardial ischaemia, significant left ventricular remodeling compared to those individuals who underwent endovascular myocardial reperfusion by culprit coronary artery stenting. Percutaneous coronary intervention was found to promote significant increase in left ventricular ejection fraction, a significant decrease in end-systolic volume, myocardial mass and left ventricle myocardial performance index compared to patients without revascularization.

Reperfusion therapy improves the course of post-infarction period and therefore should be a priority treatment of patients with acute myocardial infarction.

**Keywords:** acute myocardial infarction; remodeling; heart failure; percutaneous coronary intervention.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Незважаючи на успіхи медицини, з початку 70-х років минулого століття і дотепер спостерігається неухильний ріст захворюваності на серцево-судинну патологію в усіх країнах світу, в тому числі й в Україні [2]. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш поширених патологій серед серцево-судинних захворювань і посідає провідне місце як у структурі причин тимчасової або стійкої втрати працездатності, так і загальної смертності [3]. Розповсюдженість ІХС в Україні складає 23 455,8 на 100 тис. населення [2]. Смертність унаслідок даного захворювання постійно зростає. За період 2011 року цей показник становив 570 на 100 тис. населення [1].

Найбільша смертність відмічена при гострому коронарному синдромі з елевациєю сегмента ST [4]. Госпітальна летальність хворих на гострий інфаркт міокарда (ІМ) в останні роки за даними досліджень з використанням механічної реваскуляризації складає 2-5%, а при використанні фармакологічної реваскуляризації – 6-10%, тоді як у реальній клінічній практиці, за даними реєстрів, вона залишається на рівні 13-27% [1]. На сьогодні, за результатами міжнародного реєстру GRACE, шестимісячна смертність хворих, які перенесли ІМ, становить 4,9-5,4% (у Європейських реєстрах показник річної смертності – у межах 4,0 до 7,3%), трирічна – 14,3%. За даними Українського реєстру STIMUL, шестимісячна смертність становить 10,1%, дворічна 10,4% [5]. Прогноз виживання пацієнтів із ІМ багато в чому залежить від вираженості постінфарктного ремоделювання і ступеня міокардіальної дисфункції [3]. Численні клінічні дослідження підтримують концепцію про те, що ремоделювання серця – це прогресуючий процес, який призводить до виникнення серцевої недостатності і є фактором, в значній мірі, який визначає прогноз [4, 5, 6].

Реєстр VALIANT, повідомляє про розвиток серцевої недостатності (СН) або дисфункцію лівого шлуночка у 42% пацієнтів, які перенесли ІМ [7]. У французькому реєстрі USIK є дані про розвиток СН після гострого ІМ у 22% і дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) у 14% пацієнтів [8].

Зміни скоротливої функції міокарда після перенесеного ІМ визначається не тільки внаслідок загибелі кардіоміоцитів, але і при розвитку феноменів „гібернованого” і „оглушеного” міокарда [4]. Своєчасна реваскуляризація міокарда дозволяє попередити ці явища і підтримати життєздатність гібернованих клітин в зоні ішемії міокарда. Цього можна досягнути двома шляхами: тромболізом і первинним черезшкірним коронарним втручанням (ЧКВ). Системний тромболізис дає можливість знизити загальну летальність у середньому з 16 до 7% [10]. За даними другого європейського реєстру гострих коронарних синдромів, ЧКВ приводить до вірогідного подальшого зниження 7-денної летальності на 37%, смертності за перший місяць – на 22% порівняно з результатами тромболітичної терапії [9]. У кожного з цих методів є переваги і недоліки. Якщо робити вибір між ними при поступленні хворого в стаціонар з можливістю виконання первинного ЧКВ, то перевагу слід віддати ЧКВ як методу, який збільшує фракцію викиду (ФВ) ЛШ, покращує віддалені клінічні результати та дозволяє ефективно знизити

летальність [7].

У перші 12 годин після виникнення гострого інфаркту міокарда з елевациєю сегмента ST повна оклюзія коронарної артерії спостерігається у 85% хворих. Тому раннє відновлення прохідності “закритої” до цього інфарктзалежної коронарної артерії сприяє зменшенню ділянки некрозу й ступеня дисфункції лівого шлуночка, поліпшенню безпосередніх та віддалених результатів лікування [6]. Саме від ефекту раннього відкриття коронарної артерії залежить порятунок міокарда, тобто збереження життєдіяльності і скоротливості тієї чи іншої частини серцевого м’яза, яка без такої стратегії упродовж перших 6-12 годин залишається незворотно ушкодженою. Однак реперфузія є лише короткотривалим етапом у комплексному лікуванні гострого ІМ. Тому оцінка перебігу відновного періоду є одним з актуальних напрямків сучасних наукових пошуків.

**Метою** нашого дослідження було вивчення структурно-функціонального стану лівого шлуночка та геометрії його скорочення у хворих на хронічну СН після перенесеного інфаркту міокарда з проведеною ендоваскулярною реперфузією інфарктзалежної артерії шляхом стентування і без неї.

### Матеріал і методи

Діагностичний комплексний метод дослідження коронарного резерву та функціонального стану міокарда базувався на використанні детального клінічного вивчення перебігу захворювання, даних електрокардіографії (ЕКГ) та ехокардіографії.

Обстежено 46 хворих із постінфарктним кардіосклерозом та серцевою недостатністю, середній вік яких становив  $(55,6 \pm 3,3)$  років, що перебували на стаціонарному лікуванні в ОККД м. Івано-Франківська. Хворих рандомізовано на 2 групи, залежно від отриманого лікування. До складу I групи ( $n=26$ ) входили пацієнти з проведеною реперфузійною терапією ІМ шляхом стентування. 20 хворих на ІМ без проведеного стентування віднесено до II групи.

### Результати та їх обговорення

Встановлено, що в обстежених осіб із перенесеним Q, QS інфарктом міокарда, в анамнезі найбільш поширеними факторами ризику були дисліпідемія у 12 (46,2%) хворих із проведеним стентуванням та у 9 (45%) хворих без проведеного стентування, артеріальна гіпертензія (АГ) – у 20 (76,9%) хворих, потіопаління – 11 (43,2%) пацієнтів із проведеною реваскуляризацією, проти 15 (75%) та 13 (65%) хворих без проведеної реваскуляризації, відповідно. Цукровий діабет (ЦД) II типу відзначався у 7 (26,9%) хворих із проведеним стентуванням.

За даними скарг та об’єктивного обстеження, відчуття серцебиття виявляли в 16 (61,5%) хворих із проведеною реваскуляризацією шляхом стентування, в 13 (65%) – без проведеного стентування. Відчуття серцебиття турбувало 8 (30,8%) стентованих та 11 (55%) нестентованих осіб. Набряки на нижніх кінцівках були провідними скаргами в 10 (38,5%) стенованих. Ослаблення тонів серця та посилення верхівкового поштовху були характерними для незначної кількості

**Таблиця 1. Результати ЕКГ-дослідження в обстежених хворих на серцеву недостатність з постінфарктним кардіосклерозом**

Електрокардіографічні дані	Хворі з проведеним стентуванням (n=26)	Хворі без проведеного стентування (n=20)
<b>Порушення ритму:</b>		
- синусова тахікардія	1 (3,8%)	2 (10%) p>0,05
- синусова брадикардія	1 (3,8%)	3 (15%) p>0,05
- шлуночкова екстрасистолія	3 (11,5%)	5 (25%) p>0,05
- суправентрикулярна екстрасистолія	2 (7,7%)	6 (30%) p>0,05
<b>Порушення провідності</b>		
- повна блокада лівої н.пучка Гіса	1 (3,8%)	-
- неповна блокада лівої н.пучка Гіса	1 (3,8%)	6 (30%) p<0,05
- повна блокада правої н.пучка Гіса	1 (3,8%)	2 (10%) p>0,05
- неповна блокада правої н.пучка Гіса	2 (7,7%)	1 (5%) p>0,05
<b>Прояви гіпоксії міокарда</b>		
Вогнищеві рубцеві зміни міокарда	1 (3,8%)	1 (5%) p>0,05
Вогнищеві рубцеві зміни міокарда	17 (65,4%)	15 (75%) p>0,05
Інверсія зубця Т	2 (7,7%)	5 (25%) p>0,05
Депресія сегмента ST	3 (11,5%)	6 (30%) p>0,05
Елевация сегмента ST	1 (3,8%)	-
Синдром ранньої реполяризації шлуночків	2 (7,7%)	1 (5%) p>0,05
Гіпертрофія лівого шлуночка	17 (65,4%)	10 (50%) p<0,05

Примітки: 1. Вказаний відсоток від загальної кількості осіб у групі. 2. p - вірогідність різниці між групою хворих із проведеною реваскуляризацією шляхом стентування, порівняно із хворими без проведеної реваскуляризації

осіб. Зміщення меж серця відзначено в 18 (69,2%) хворих із проведеним стентуванням, у 16 (61,5%), з яких – за рахунок зміщення вліво та 2 (7,7%) – за рахунок зміщення вправо. У хворих даної групи в кількості 2 (7,7%) осіб спостерігали набухання шийних вен, у 3 (11,5%) відзначали збільшення печінки. Подавали скарги на швидку втомлюваність 5 (19,2%) хворих даної групи. Спостерігалися вірогідні відмінності між групами дослідження у хворих із перебоями в роботі серця (p<0,05), відчуттям серцебиття (p<0,05).

Проаналізовано особливості ЕКГ-дослідження у хворих на серцеву недостатність з постінфарктним кардіосклерозом.

Результати ЕКГ відображені в табл. 1.

Як видно з табл. 1, за даними ЕКГ-дослідження, вогнищеві рубцеві зміни спостерігалися в 17 (65,4%) хворих з проведеним стентуванням, депресія сегмента ST – у 3 (11,5%) хворих, елевация сегмента ST – у 1 (3,8%) особи, інверсія зубця Т була притаманна 2 (7,7%) обстеженим хворим. Серед порушень серцевого ритму найчастіше виявляли шлуночкову екстрасистолію – у 3 (11,5%) осіб та суправентрикулярні екстрасистолії – у 2 (7,7%) хворих з проведеною реваскуляризацією шляхом стентування. Неповну блокаду лівої ніжки пучка Гіса (НБЛНПГ) виявили в 1 (3,8%) хворій з проведеною реваскуляризацією, проти 6 (30%) у нестентованих хворих, що є вірогідно менше (p<0,05). У 1 (3,8%) хворого з проведеним стентуванням, діагностовано повну блокаду лівої ніжки пучка Гіса. Неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ) верифіковано в 2 (7,7%) хворих, повну блокаду правої ніжки пучка Гіса спостерігали в 1 (3,8%) особи даної групи.

Синдром ранньої реполяризації шлуночків виявляли в 2 (7,7%) хворих. Прояви гіпоксії міокарда були притаманними для 1 (3,8%) хворого з проведеним стентуванням. Гіпер-

трофія лівого шлуночка спостерігалась у 17 (65,4%) хворих із проведеною реваскуляризацією, проти 10 (50%) хворих без проведеної реваскуляризації, що є вірогідно менше (p<0,05).

У хворих без проведеної реваскуляризації шляхом стентування, спостерігали вірогідне збільшення КДР і КСР ЛШ у порівнянні з аналогічними показниками в стентованих осіб (4,19±0,27) і (4,26±0,31) см, (2,16± нестенованих осіб – (138,82±6,83) мл, у стентованих – (137,21±6,71) мл. Таку ж тенденцію спостерігали і щодо кінцево-сistolічного об'єму (КСО) ЛШ, де було характерним вірогідно його вище середнє значення у хворих без проведеної реваскуляризації (73,71±3,51) мл, порівняно зі стентованими хворими (61,43±2,92) мл. Кінцево-діастолічний об'єм (КДО) у хворих без реваскуляризації вірогідно нижчий і становив (65,5±3,13) мл, порівняно з пацієнтами з проведеною реваскуляризацією (p<0,05).

Вищі показники маси міокарда ЛШ зафіксовано у хворих без реваскуляризації, для яких характерним є інтенсивний розвиток гіпертрофії ЛШ у порівнянні з хворими контрольної досліджуваної групи. Отримані результати можуть бути обумовлені вищими показниками АТ. Маса міокарда ЛШ у даній групі склала (160,11±7,16) г, а індекс ММЛШ дорівнював (118,82±5,12) г/м<sup>2</sup>, що вірогідно вище в порівнянні з аналогічними показниками стентованих пацієнтів – (140,15±6,14) г/м<sup>2</sup> та (105,13±4,16) г, відповідно. У хворих без проведеної реваскуляризації шляхом стентування, спостерігали вірогідне зниження показника ФВ, що дорівнювала (47,18±2,23)%, порівняно зі стентованими пацієнтами, у яких даний показник становив (55,23±2,61)%. Установлено, що для хворих без реваскуляризації було характерне вірогідно вище середнє значення ТЗСЛШ та ТМШП у діастолу в порівнянні зі стентованими хворими. При аналізі середніх значень показників ТЗСЛШ та ТМШП у систолу встановлено, що в групі хворих без стентування вони дорівнювали (1,29±0,04) мм та (1,22±0,08) мм, відповідно.

Отже, своєчасна реваскуляризація забезпечує зворотнє ремоделювання лівого шлуночка, покращення його регіонарної і глобальної функції та зменшення проявів серцевої недостатності.

## Висновки

Проведене нами дослідження показало, що у хворих із постінфарктним кардіосклерозом хронічна серцева недостатність виникає та прогресує за наявності чинників серцево-судинного ризику: АГ, ЦД, дисліпідемії, тютюнопаління, ожиріння, малорухомого способу життя. Протікання і прогноз захворювання у порівняльних по клініко-анамнестичних та ЕКГ-даних хворих після перенесеного Q, QS інфаркту міокарда, був кращим у випадку, якщо була виконана ендовазальна реперфузія коронарної артерії. Проведення ЧКВ у наших хворих сприяло вірогідному підвищенню ФВ лівого шлуночка, вірогідному зменшенню кінцевого систолічного об'єму, маси міокарда та індексу міокарда лівого шлуночка у порівнянні з хворими без проведеної реваскуляризації.

Реперфузійна терапія поліпшує перебіг післяінфарктного кардіосклерозу і тому має бути пріоритетним напрямком лікування хворих з гострим інфарктом міокарда.

## Перспективи подальших досліджень

Не викликає сумнівів необхідність подальшого вивчення порушення ритму, яке є одним з вагомих ускладнень перебігу гострих форм ІХС, та становить реальну загрозу відносно успішного завершення дестабілізації стану пацієнта, що дасть змогу поліпшити лікувальну тактику та віддалені наслідки захворювання.

## Література

1. Валуєва С.В. Український реєстр STIMUL: ефективність

різних методів лікування гострих коронарних синдромів з елевациєю сегмента ST та прихильність хворих до лікування у після-інфарктний період (результати дворічного спостереження) / С.В. Валуєва // Український кардіологічний журнал. – 2013. – № 3. – С. 40-45.

2. Геометрія скорочення лівого шлуночка – новий погляд на проблему через призму структурної організації міокарда / В.М. Коваленко, О.Г. Несукай, О.О. Даниленко [та ін.] // Український медичний часопис. – 2013. – № 2. – С. 183-187.

3. Ефективність методів реперфузійної терапії у різних категорій хворих із гострим коронарним синдромом з елевациєю сегмента ST / К.М. Амосова, Ю.О. Сиченко, Ю.В. Руденко [та ін.] // Серце і судини. – 2012. – № 2. – С. 8-23.

4. Значення ехокардіографії в оцінюванні життєздатності міокарда у хворих, які перенесли інфаркт міокарда із зубцем Q / В.М. Коваленко, О.Г. Несукай, Н.С. Поленова [та ін.] // Український кардіологічний журнал. – 2013. – № 2. – С. 23-28.

5. Изучение течения постинфарктного периода при наблюдении в течение 2 лет, оценка проводимого лечения и приверженности к нему / В.А. Шумаков, И.Э. Малиновская, Л.П. Терешкевич [и др.]. // Український кардіологічний журнал. – 2012. – №6. – С. 58-61.

6. Кияк Ю.Г. Ремоделирования, гібернація і апоптоз кардіо-

міоцитів при артеріальній гіпертензії та інфаркті як предиктор серцевої недостатності / Ю.Г. Кияк, О.Ю. Барнетт // Клінічні дослідження. – 2011. – № 2. – С. 27-34.

7. Оцінка виживання хворих з перенесеним інфарктом міокарда за даними п'ятирічного спостереження / І.К. Слизевська, Л.М. Бабій, С.Ю. Савицький [та ін.] // Український кардіологічний журнал. – 2011. – № 3. – С. 7-11.

8. Сравнительная эффективность фармакоинвазивной стратегии реперфузии миокарда и первичной ангиопластики у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST / В.А. Марков, Е.В. Вышлов, Д.С. Севастьянова [и др.] // Кардиология. – 2013. – № 10. – С. 10-15.

9. An international perspective on heart failure and left ventricular systolic dysfunction complicating myocardial infarction: the valiant registry / E.J., Velazquez, G.S. Francis, P.W. Armstrong [et.al] // European Heart Journal – 2004. – Vol. 25. – P. 1911-1919.

10. Sabate M. The examination trial (everolimus-eluting stents versus bare-metal stents in ST-segment elevation myocardial infarction) / M.Sabate, S. Brugaletta, A. Ceguer [et al.] // Journal of the American college of cardiology foundation – 2014. – Vol. 7. – P. 64-71.

Одержано 08.06.2015 року.

УДК 616-071+617.731+616.441-008.61

## ДОСЛІДЖЕННЯ КОНТРАСТНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗОРОВОГО НЕРВА ЯК МЕТОД РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ КОМПРЕСИВНОЇ ОПТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

**А.М. Николук**

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна  
anykoluk@gmail.com

## ИССЛЕДОВАНИЕ КОНТРАСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ КОМПРЕССИВНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

**А.Н. Николук**

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

## STUDY OF THE OPTIC NERVE CONTRAST SENSITIVITY AS THE EARLY DETECTION OF COMPRESSIVE OPTIC NEUROPATHY

**A.M. Nykoliuk**

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Резюме. Вступ.** У пацієнтів з набряковою формою ендокринної офтальмопатії (ЕО) може виникати компресивна оптична нейропатія (КОН) внаслідок здавлення зорового нерва набряклими орбітальними тканинами. Рання діагностика КОН сприятиме своєчасному призначенню лікування та збереженню зорових функцій.

**Мета** – вивчити результати дослідження фізіологічних показників зору у пацієнтів з важкою формою ендокринної офтальмопатії – набряковим екзофтальмом (НЕ).

**Матеріал і методи.** Проведено дослідження зорових функцій та електрофізіологічних показників у 31 пацієнта з початковою стадією набрякового екзофтальму. Пацієнтам проводилась візометрія, периметрія на білий, червоний та зелений кольори, визначались порогові електричної чутливості за фосфеном та контрастної чутливості зорового нерву на комп'ютерному периметрі.

**Результати.** Встановлено, що традиційні методи дослідження зорових функцій – візометрія та периметрія, а також фосфен-діагностика електричної чутливості зорового нерва, не виявили статистично достовірних змін показників. В той же час контрастна чутливість сітківки була знижена на 28 очах (45,1%), а її середнє значення в групі склало  $-1,92 \pm 2,17$  dB ( $p < 0,05$ ), і було на 592% нижче контрольних даних.

**Висновки.** Використання сучасного методу діагностики контрастної чутливості зорового нерву дозволило встановити діагноз компресивної оптичної нейропатії в ранні терміни захворювання та своєчасно розпочати лікування з метою збереження зорових функцій.

**Ключові слова:** ендокринна офтальмопатія, набряковий екзофтальм, зоровий нерв, електрична чутливість, контрастна чутливість.

**Резюме. Введение.** У пациентов отечной формой эндокринной офтальмопатии (ЭО) может возникать компрессионная оптическая нейропатия (КОН) вследствие сдавления зрительного нерва отеками орбитальными тканями. Ранняя диагностика КОН способствует своевременному назначению лечения и сохранению зрительных функций.

**Цель** – изучить результаты исследования физиологических показателей зрения у пациентов с тяжелой формой эндокринной офтальмопатии – отечным экзофтальмом.