

ЧАСТОТА І ЧИННИКИ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ РОГІВКИ

Під ретроспективним спостереженням знаходилися 112 пацієнтів (80 чоловіків, 32 жінки; відповідно 89 і 39 очей) віком від 20 до 48 років (середній вік $29,5 \pm 0,8$ років) з різними патологіями рогівки. У спостереження були включені пацієнти з патологіями рогівки, вперше оперовані в Центрі із застосуванням таких видів операцій: інтрастромальна імплантація рогівкового сегмента (ICRS); перехресне зв'язування рогівкового колагену з використанням УФ-випромінювання і рибофлавіну (CXL); комбіноване застосування: ICRS + CXL; CXL + фоторефрактивна кератоектомія (FRK); CXL + фототерапевтична кератоектомія (FTK). Операції проводилися різними хірургами протягом 2016-2018 років, післяопераційне спостереження тривало 12 місяців. Показанням для застосування ICRS з'явився кератоконус в II-III стадії. CXL в різних варіантах був застосований при наступних показаннях: кератоктазія; дистрофія рогівки; кератити і виразки рогівки. Кількість операцій ICRS, CXL, ICRS + CXL, CXL + FRK, CXL + FTK відповідно становило: 48; 32; 21; 16; 11 (всього 128 очей). Всі ускладнення, документовані під час операції і протягом 12 місяців після операції, були враховані при оцінці частоти ускладнень.

Демографічна і клінічна характеристика пацієнтів до операції показала, що серед пацієнтів переважають чоловіки ($69,5 \pm 4,1\%$; $< 0,05$), частка осіб у віці до 30, 30 років і старше ($51,6 \pm 4,4$ і $48,4 \pm 4,4\%$), з гостротою зору без корекції $< 0,20$ і $\geq 0,20$ $< 0,40$ ($54,7 \pm 4,4$ і $45,3 \pm 4,4\%$) один від одного істотно не відрізнялися. Центральна товщина рогівки до операції ICRS, CXL, ICRS + CXL, CXL + FRK, CXL + FTK відповідно у $47,9 \pm 7,2$; $56,3 \pm 8,8$; $42,9 \pm 10,8$; $62,5 \pm 12,1$; $54,5 \pm 15,0$; і $51,6 \pm 4,4\%$ хворих була більше 470 мкм. Середня кератометрії у $52,1 \pm 7,2$; $56,3 \pm 8,8$; $37,3 \pm 10,3$; $31,3 \pm 11,6$; $72,7 \pm 13,4$ і $49,2 \pm 4,4\%$ хворих в цих групах була більше 46 дптр. Інтраопераційні ускладнення спостерігалися в основному при імплантації інтрастромальних рогівкових сегментів без ($4,2 \pm 2,8\%$ неповне формування каналу, $2,1 \pm 2,1\%$ втрата вакууму, $2,1 \pm 2,1\%$ ендотеліальна перфорація, $2,1 \pm 2,1\%$ набряки навколо сегмента, всього $10,4 \pm 4,4\%$) і з комбінацією з CXL ($4,8 \pm 4,6\%$ неповне формування каналу, $4,8 \pm 4,6\%$ втрата вакууму, всього $9,5 \pm 6,4\%$). На 100 таких операцій в цілому припадали 10% різних видів інтраопераційних ускладнень.

Статистично значуща відмінність по частоті ускладнень відзначена при порівнянні підгруп за віком (< 30 і ≥ 30 років відповідно $15,1 \pm 4,4$ і $41,9 \pm 6,2\%$), по гостроті зору до операції ($< 0,20$ і $\geq 0,20$ $< 0,40$ відповідно $35,7 \pm 5,7$ і $18,9 \pm 5,1\%$) і по роках оперативного втручання (у 2016 році $44,0 \pm 9,9\%$ і в 2018 році $18,8 \pm 4,9\%$).

При ІСRS, СХL і комбінації ІСRS з СХL частота післяопераційних ускладнень становила відповідно $12,5 \pm 4,7$; $25,0 \pm 7,6$ і $28,6 \pm 9,8\%$. Очевидно, що в нашому спостереженні частота ускладнень при СХL була більше, а при інших видах втручань помітної різниці показників не відмічено.

У структурі післяопераційних ускладнень при комбінації ІСRS з СХL набряк строми і міграція сегментів (по $9,5\%$). Загальний рівень ускладнень в нашій роботі ($12,5 \pm 4,7\%$). У нашому спостереженні підтверджена істотність зменшення частоти ускладнень в динаміці за 2016-2019 роки, що пов'язано з підвищенням досвіду хірургів. Крім цього показана залежність ризику ускладнень від віку пацієнтів, від центральної товщини рогівки і від доопераційного рівня гостроти зору.

Таким чином, частота ускладнень після імплантації інтрастромальних сегментів, рогівкового генowego кросслінкінгу і комбінації цих операцій ($12,5 \pm 4,7$; $25,0 \pm 7,6$ і $28,6 \pm 9,8\%$) один від одного істотно відрізняються. Одночасне застосування рогівкового генowego кросслінкінгу як з фоторефрактивної кератоектомією, так і з фототерапевтичної кератоектомією асоціюється однаковим ризиком післяопераційних ускладнень ($31,3 \pm 11,5$ і $27,3 \pm 13,4\%$). Ризик післяопераційних ускладнень порівняно високий у пацієнтів у віці 30 років і старше, з доопераційним рівнем гостроти зору без корекції менш $0,2$ і при центральній товщині рогівки <470 мкм.

**Мельник В.Л., Шевченко В.К.,
Полтавський державний медичний університет, м.Полтава**

НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ НАДАННЮ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ НА ПРАКТИЧНИХ ТРЕНІНГАХ В СИМУЛЯЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ

Для лікарів-стоматологів на амбулаторному прийомі завжди було нагальною проблемою надання невідкладної допомоги пацієнтам з ускладненим соматичним статусом. При цьому як пацієнт так і лікар знаходяться в стані стресу. В першу чергу – це синкопальні стани, які виникають у перші хвилини прийому – алергічні реакції різних типів на медикаментозний засіб, непритомність, колапс, дихальна недостатність та ін. Якщо теоретична база знань для більшості лікарів при наданні невідкладної допомоги хворим на різних рівнях медичних закладів, завжди була достатньою, то практичні навички кожен раз набувались медичними працівниками в залежності від проблемної ситуації і клінічно проявлялись у різних пацієнтів індивідуально.

Елементи діагностики та надання невідкладної допомоги хворим були надбаннями лікарів невідкладної та швидкої медичної допомоги, які постійно стикалися з цими проблемами. Перші знання про лікарські засоби, застосування елементів непрямого масажу серця та штучної вентиляції легень, правильності їх виконання ми отримували спілкуючись з лікарями