

Путієнко Олексій Олексійович 

д-р. мед. наук, професор,
завідувач кафедри офтальмології дорослих та дитячого віку
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна

Петренко Ілля Миколайович 

аспірант кафедри офтальмології дорослих та дитячого віку
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна

Головкин Володимир Володимирович 

канд. мед. наук, медичний директор
Офтальмологічний центр Ексімер, Україна

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВПЛИВУ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОРБИТИ НА СТАН ПАЦІЄНТІВ З АНОФТАЛЬМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Актуальність. Анофтальмічний синдром є складною медико-соціальною проблемою, що поєднує функціональні, естетичні та психоемоційні порушення й суттєво знижує якість життя пацієнтів [1-3]. У дітей і дорослих, особливо після травматичної втрати ока, косметичний дефект орбітальної ділянки часто супроводжується тривожними та депресивними розладами і труднощами соціальної адаптації [4, 5]. В умовах України проблема анофтальмічного синдрому набуває особливої актуальності у зв'язку зі зростанням кількості тяжких бойових та вибухових травм органа зору, що супроводжуються високою частотою втрати очного яблука та формуванням складних орбітальних дефектів [6]. У зв'язку з цим комплексна оцінка клінічної, косметичної та психологічної ефективності орбітальної реконструкції є важливою складовою сучасної реабілітації хворих з анофтальмічним синдромом [7, 8].

Мета. Проаналізувати результати реконструктивного відновлення м'яких тканин орбіти у пацієнтів з анофтальмічним синдромом.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у форматі проспективного одноступеневого клінічного спостереження за пацієнтами з одностороннім анофтальмічним синдромом після реконструкції м'яких тканин орбіти. Обстежено 44 хворих віком 18–65 років, яким виконували комплексне офтальмологічне, морфометричне (КТ) та психометричне обстеження з подальшим динамічним спостереженням упродовж 3, 6 і 12 місяців. Морфометричну оцінку здійснювали шляхом визначення об'єму орбіти,

товщини м'яких тканин орбітальної ділянки та оцінки стану кісткових структур, а ефективність лікування аналізували за динамікою цих показників, рівнем задоволеності пацієнтів і результатами за шкалами VAS та HADS [9, 10].

Результати. До оперативного втручання у пацієнтів спостерігалася виражена асиметрія орбітальної ділянки, зумовлена значним дефіцитом об'єму ураженої орбіти. За даними комп'ютерної томографії середній об'єм орбіти становив $18,4 \pm 3,2 \text{ см}^3$, що було істотно нижче фізіологічних значень ($25\text{--}28 \text{ см}^3$), а товщина м'яких тканин – $4,2 \pm 0,7 \text{ мм}$, приблизно на 35 % менше порівняно зі здоровою стороною. Косметична задоволеність за шкалою VAS була низькою ($3,4 \pm 1,2$ бала), а психоемоційний стан характеризувався помірним рівнем тривоги ($10,2 \pm 3,5$ бала) та депресії ($9,1 \pm 3,2$ бала) за шкалою HADS. Через 3 місяці після реконструкції середній об'єм орбіти зріс до $20,7 \pm 2,9 \text{ см}^3$ (+12,5 %, $p < 0,01$), товщина м'яких тканин – до $5,1 \pm 0,6 \text{ мм}$ (+21,4 %, $p < 0,01$), а косметична задоволеність за VAS – до $5,8 \pm 1,4$ бала ($p < 0,001$), із достовірним зниженням показників тривоги та депресії ($p < 0,01$). Через 6 місяців об'єм орбіти становив $21,3 \pm 3,1 \text{ см}^3$ (89–92 % норми), товщина м'яких тканин – $5,5 \pm 0,5 \text{ мм}$, VAS – $7,2 \pm 1,3$ бала ($p < 0,001$), показники HADS продовжували знижуватися ($p < 0,001$). Через 12 місяців морфометричні показники стабілізувалися: середній об'єм орбіти досяг $21,5 \pm 2,7 \text{ см}^3$, що відповідало приросту на 16,8 % порівняно з доопераційним рівнем та близько 92 % нормативних значень, а товщина м'яких тканин – $5,7 \pm 0,4 \text{ мм}$ (+35,7 %, $p > 0,05$ порівняно з 6-місячним терміном). Косметична задоволеність зросла до $7,9 \pm 1,2$ бала, що у 2,32 раза перевищувало доопераційні показники ($p < 0,001$), а рівні тривоги ($4,8 \pm 2,1$) і депресії ($4,3 \pm 2,0$ бала) відповідали психологічній адаптації.

Висновки. Отримані результати свідчать, що хірургічне відновлення м'яких тканин орбіти при анофтальмічному синдромі є ефективним методом корекції орбітального дефіциту, забезпечуючи стабільне збільшення об'єму орбіти на 16,8 % та товщини м'яких тканин на 35,7 % через 12 місяців після оперативного втручання. Водночас відзначено суттєве підвищення задоволеності пацієнтів результатами лікування (зростання показників VAS у 2,32 раза) та виражене покращення психоемоційного стану зі зниженням рівнів тривоги й депресії більш ніж у два рази. Отримані результати підтверджують ефективність і безпеку реконструкції м'яких тканин орбіти при анофтальмічному синдромі, забезпечуючи стабільне відновлення показників.

Список використаних джерел:

1. Wei DYW, Pan JT, Ming SY, Sundar G. Anophthalmic sockets: a retrospective review of enucleations, eviscerations, and exenterations performed and managed in a tertiary care hospital. *J Clin Med.* 2025;14(21):7764. doi:10.3390/jcm14217764.
2. Alabdulrazaq ES, Gurnani B. Anophthalmic socket. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
3. Meer E, Miller AC, Ahmad M, et al. Quality of life in patients with acquired anophthalmia using an ocular prosthesis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2025;41(1):67-77. doi:10.1097/IOP.0000000000002722.
4. Ruiters S, Mombaerts I. The prevalence of anophthalmic socket syndrome and its relation to patient quality of life. *Eye (Lond).* 2021;35(7):1909-1914. doi:10.1038/s41433-020-01178-2.
5. Quaranta-Leoni FM, Fiorino MG, Quaranta-Leoni F, Di Marino M. Anophthalmic socket syndrome: prevalence, impact and management strategies. *Clin Ophthalmol.* 2021;15:3267-3281. doi:10.2147/OPTH.S325652.
6. Jonak K, Matysiak M, Choragiewicz T, et al. War-related eye trauma: a study of civilian and military cases from Ukraine's ongoing conflict. *Front Public Health.* 2025;13:1489445. doi:10.3389/fpubh.2025.1489445.
7. Rokohl AC, Pine KR, Pine NS, et al. Prosthetic eye care: The current state of the art. *Prog Retin Eye Res.* 2025;105:101337. doi:10.1016/j.preteyeres.2025.101337.
8. Chen XY, Yang X, Fan XL. The evolution of orbital implants and current breakthroughs in material design, selection, characterization, and clinical use. *Front Bioeng Biotechnol.* 2022;9:800998. doi:10.3389/fbioe.2021.800998.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
10. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;2(7889):1127-1131. doi:10.1016/S0140-6736(74)90884-8.