

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



потенціювання односпрямованих пошкоджень. Розвиток синдрому характеризується трьома виразними послідовними стадіями - компенсації, суб- та декомпенсації механізмів адаптації.

В клінічних умовах нами обстежено 426 хворих на гостру хірургічну патологію у 297 з яких діагностовано 2 і більше супутніх захворювання. При аналізі факторів, які найбільше впливають на результат лікування, нами виявлено, що ними є характер основного захворювання, наявність і тяжкість перитоніту, характер супутнього захворювання та вік.

З урахуванням результатів експериментальних та клінічних досліджень нами виділено 4 класи поєднаної патології та напрацьована шкала для їхньої діагностики, яка враховує вплив означених факторів. Віднесення конкретного хворого до того чи іншого класу стало основою для вибору обсягу лікувальних заходів на всіх етапах - від передопераційної підготовки до післяопераційного лікування.

Основними напрямками корекції лікувальної тактики були: вдосконалення діагностичних засобів, розширення показань до передопераційної підготовки, розширення показань до призначення антибактеріальних засобів, раннє призначення протигрибкових засобів, підвищення надійності кишкових швів, застосування активних методів санації черевної порожнини та розширення показань до її дренирування, активна субопераційна профілактика евентрацій та гриж, інтенсифікація детоксикаційних заходів, активне ведення післяопераційної рани, цілеспрямований моніторинг післяопераційного перебігу для раннього виявлення ускладнень. Результати застосування напрацьованого підходу свідчать про його ефективність, що полягає в зниженні летальності на 24,4%, кількості інтраабдомінальних ускладнень на 12%, ранових ускладнень на 16%.

Викладене дозволяє підсумувати, що поєднана патологія є окремим якісно новим станом, основу патогенезу якого становить синдром взаємного обтяження, що реалізується трьома основними механізмами: поєднанням односпрямованих та комбінацією різноспрямованих пошкоджень і регуляторною дисфункцією.

Рациональною основою вибору лікувальної тактики у хворих на поєднану патологію може бути напрацьована класифікація поєднаної патології, яка передбачає виділення чотирьох її класів на підставі створеної діагностичної шкали.

Домбровський Д.Б., Салютін Р.В.*, Савін В.В., Оліник Ю.В. СТИМУЛЯЦІЯ ПРОЦЕСІВ АНГІОГЕНЕЗУ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

*Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України**

Хронічні облітеруючі захворювання артерій кінцівок складають 4-5% від усіх хірургічних захворювань. На жаль досить часто спостерігається розповсюджене ураження судинного русла кінцівки, що не дозволяє вирішити питання про пряму реваскуляризацію. На сьогоднішній день з'являються поодинокі дослідження щодо використання методів стимульованого або лікувального ангіогенезу для лікування цієї категорії хворих. До методів стимуляції ангіогенезу відноситься використання рекомбінантного білка. Іншим напрямком досліджень є використання клітинних технологій, які включали методи стимуляції хемотаксису ангіогенних клітин у вогнище ураження, або введення ззовні клітин, що збільшують процеси ангіогенезу, як за рахунок збільшення виділення ангіогенних цитокінів, так і за допомогою безпосередньої реконструкції судинного русла з цих клітин. З цієї метою використовуються стромальні стовбурові клітини кісткового мозку. Кістковий мозок, як джерело стовбурових клітин має ряд недоліків, тому сьогодні відбувається пошук альтернативних джерел клітинного матеріалу. Пуповинна кров містить велику кількість мезинхімальних стовбурових клітин, які можна виділити та провести їх культивування.

Нами в експерименті на лабораторних білих щурах було виконано моделювання ішемії кінцівок. Ішемія викликала перев'язкою артерії та вени, які кровопостачають кінцівку. Поєднане лігування цих компонентів призводило до поєднання зменшення артеріального кровоплину та венозного стаза, що має місце при ішемії в клінічних умовах.

Група тварин, яким була модельована ішемія (10 щурів) складала групу порівняння, контрольною групою були здорові не оперовані тварини (10 щурів). В іншій групі порівняння (10 щурів) проводилось створення ішемії кінцівки вищезазначеним способом, після чого на 3 добу виконувалось введення в тканини ішемізованої кінцівки стовбурових клітин, що позитивні до CD 34, виділені з аспірату кісткового мозку, моделюючи таким чином процеси, що відбуваються в кінцівці при застосуванні мієлотрансплантації. Дослідна група тварин складала 10 щурів, яким також на третю добу після моделювання ішемії виконувалась трансплантація стовбурових клітин, але на відміну від групи порівняння вводились мезинхемальні стовбурові клітини донорської пуповинної крові. У всіх груп тварин виконувались гістологічні та імуногістохімічні дослідження тканин кінцівки в різні терміни після моделювання ішемії та трансплантації клітинного матеріалу.

Результати досліджень свідчать, що в першій групі порівняння у тварин вже на першу добу розвиваються процеси ішемії тканин кінцівки, які поглиблюються максимально до третьої доби. Спостереження більш віддалених термінів виявило збереження ішемізації тканин кінцівки. У тварин другої дослідної та контрольної груп після трансплантації стовбурових клітин спостерігається зменшення проявів ішемії кінцівки після трансплантації. Результати гістологічних та



імуногістохімічних методів дослідження свідчили про посилене утворення de novo судин в ішемізованих тканинах. Процеси ангіогенезу спостерігались у всіх тварин другої порівняльної та дослідної груп, однак виявлений ефект був більш активний у тварин дослідної групи.

Отже, проведення до клінічних досліджень вказують на ефективність запропонованого методу та доцільність його впровадження в клінічну практику.

Зайцев В.І., Хомко Л.П., Хомко Б.О. КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ.

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Еректильна дисфункція (ЕД) визначається як нездатність мати або підтримувати ерекцію, достатню для задовільної статевої діяльності. Близько 10% чоловіків у загальній популяції мають проблеми з ерекцією. Поширеність ЕД у чоловіків 40 – 50 років – 39%, 50 – 60 років – 46%, а у віці старше 70 років – майже 70%. Сучасні дослідження переконливо демонструють, що в основі більш ніж 50-90% еректильних розладів лежать органічні причини, серед яких важливе місце займають хронічні простатити, до 90% яких належать до категорії 3а - хронічний абактеріальний простатит (ХАП). За сучасними даними у 78 % хворих на ХАП відзначалися порушення статевої функції. В той же час, результати лікування даної групи пацієнтів не завжди задовольняють як власне пацієнта, так і лікаря.

Квантова терапія здійснювалась апаратом «РІКТА» з частотою проходження імпульсів від 5 до 1000 Гц. При цьому квантова терапія проводилась інфрачервоним лазером двома полями - на промежину і над лоном, з частотою проходження імпульсів 50 Гц протягом п'яти хвилин. Сеанси проводились щоденно протягом 10-15 днів. Після завершення даного курсу пацієнтам проводилась квантова терапія на проєкцію попереково-крижового зчленування по лінії, що з'єднує гребені клубових кісток, що сприяє відновленню сексуальної функції. Перші три сеанси проводили з частотою 50 Гц, наступні - з частотою 1000 Гц. Час експозиції 5 хвилин. Загальна кількість сеансів - 10.

Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 24 хворих із ХАП, ускладненим еректильною дисфункцією. Групу порівняння склали 22 пацієнти із ХАП, яким призначалась стандартна терапія (антибактеріальні препарати, протизапальні, знеболюючі, рослинного походження), масаж передміхурової залози.

Лікування еректильної дисфункції при ХАП має проводитися в комплексі з традиційними методами лікування. При конгестивних формах простатиту, коли ознаки запалення відсутні, але є ознаки венозного стаза (наявність геморою, варикоцеле, розширення вен нижніх кінцівок), проведення антибактеріальної терапії не показане і можливе проведення лазеротерапії в якості монотерапії. Лазеротерапія призводить до покращення мікроциркуляції в тканині простати і поліпшенню венозного відтоку. Результати досліджень проведених в нашій клініці, свідчать про виражений терапевтичному ефекті квантової терапії у хворих з конгестивними формами простатиту. У 54% хворих основної групи після 2-3-го сеансу відбувалось значне зменшення болю у промежині, поліпшення загального стану, зменшення дизурії, яка часто спостерігалась у пацієнтів (в контрольній групі – у 41%). Починаючи з 4-5 процедури частоту проходження імпульсів збільшували до 1000 Гц. Всі пацієнти добре переносили дані процедури. По закінченню курсу лікування (загалом 1 міс.) покращання статевої функції відзначали 83% пацієнтів 1-ї групи та 54% пацієнтів контрольної групи, що свідчить про покращання ефективності лікування даного контингенту пацієнтів при використанні квантової терапії. Аналогічний курс квантової терапії необхідно повторити через 2 місяці після закінчення першого курсу, що дозволяє отримати більш тривалий та стійкий ефект.

Квантову терапію доцільно призначати в комплексному лікуванні хворих з хронічним простатитом, ускладненим еректильною дисфункцією.

Зайцев В.І., Аль Куд Басель, Ілюк І.І. ТУР-СИНДРОМ – МОЖЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ СУЧАСНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром) є одним з найбільш важливих та небезпечних ускладнень при проведенні трансуретральної резекції передміхурової залози (ТУРПЗ). Своєчасне визначення його ступеню тяжкості та проведення вчасної корекції гомеостазу дозволяє уникнути або значно знизити прояви даного ускладнення. Відсутність класифікації або стадіювання ТУР-синдрому є негативним фактором, який не дозволяє створити алгоритм дій лікаря при виникненні перших ознак ускладнення та запобігання його подальшого розвитку.

Клінічні ознаки ТУР-синдрому різноманітні та залежать від ступеня розвитку ускладнення. Це можуть бути затьмарена свідомість, кома, або навпаки збудження, головний біль, нудота, блювання, порушення зору; спочатку підвищення артеріального тиску, а потім глибока гіпотензія, порушення серцевого ритму, набряк легень та ін.

Нами на 124 пацієнтах з ДГПЗ, яким було проведено ТУР простати, було проаналізовано зміни стану пацієнтів під час операції, в тому числі головні прояви ТУР-синдрому, послідовність їх появи та



прогностичну важливість щодо виникнення подальшого погіршення стану пацієнта. Усі операції було проведено під епідуральною анестезією, одним з позитивних моментів якої є можливість нагляду за загальним станом та скаргами пацієнта. При аналізі даних зі всіх порушень найбільш важливими було визначено показники гемодинаміки та загальний стан пацієнта.

Таким чином, саме моніторинг показників гемодинаміки (хвилинна робота лівого шлуночка, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск) та загального стану пацієнта під час операції лягли в основу запропонованої класифікації тяжкості перебігу ТУР-синдрому, прояви якого можна розділити на 3 ступеня: *легкий ступінь* – незначні клінічні ознаки (психічний дискомфорт, легке відчуття нудоти, зниження частоти серцевих скорочень (більше 50 ударів за 1 хв), зменшення хвилинної роботи лівого шлуночка в межах 15-25%), які не вимагають додаткової корекції та проходять самостійно при умові подальшого адекватного ведення операції; *середній ступінь* – помірні клінічні ознаки (ознаки збудження, нудота, брадикардія до 50 ударів за 1 хв, зниження систолічного артеріального тиску до 90 мм рт.ст., зменшення хвилинної роботи лівого шлуночка в межах 25-40%), своєчасно проведена корекція яких дозволяє стабілізувати стан хворого, оперативне втручання слід продовжувати, але максимально уникати подальшого всмоктування промивної рідини; *тяжкий ступінь* – тяжкий загальний стан (різке збудження або навпаки загальмованість, блювання, резистентне до вазопресорів зниження систолічного артеріального тиску, виражена брадикардія, зменшення хвилинної роботи лівого шлуночка більше ніж на 40%, розвиток набряку мозку та легень, у подальшому – виникнення гострої ниркової недостатності), котрий вимагає інтенсивного лікування і подальшого спостереження в умовах реанімаційного відділення. Розвиток такого ступеня ТУР синдрому вимагає максимально швидкого закінчення оперативного втручання для запобігання погіршення стану хворого.

Практичне впровадження даної оцінки перебігу синдрому трансуретральної резекції повинно довести її клінічну ефективність для об'єктивізації стану хворих під час ТУРПЗ та профілактики і вчасного лікування інтра- та післяопераційних ускладнень.

Івашук С.І.

МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було дослідити на трупному матеріалі морфометричні параметри підшлункової залози (ПЗ), на основі яких, запропонувати уніфіковану формулу визначення розташування задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, в сагітальній площині, для подальшого клінічного застосування.

Опрацьовано 45 препаратів трупів обох статей, що поступили на аутопсію за період 2012-2013 роки. Серед них чоловіки становили 21 (46,67%), жінки – 24 (53,33%).

Визначали наступні морфометричні параметри: відстань від мечеподібного відростка до кінця остистого відростка XII грудного хребця (М-О), від мечеподібного відростка до переднього кінця XII ребра (М-Р) та відстань від задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, до площини остистого відростка XII грудного хребця (П-О).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою ліцензованого програмного забезпечення Microsoft Excel 2003 та MYSTAT 12. Виразували середню арифметичну (М), стандартну похибку середньої арифметичної (m), коефіцієнт вірогідності різниці (t - критерій Стьюдента), вірогідність помилки (p). Різницю вважали вірогідною за $p < 0,05$.

Враховуючи існуючу різницю конституційного типу будови обстеженого матеріалу, прагнули вирахувати уніфіковані морфометричні параметри розташування задньої поверхні ПЗ з боку спини. Для цього було обрано співвідношення відстаней у відсотках: від задньої поверхні ПЗ до кінця остистого відростка XII грудного хребця та від мечеподібного відростка до кінця остистого відростка XII грудного хребця, що обраховується за формулою $k_1 = \frac{П-О}{М-О} \times 100\%$; від задньої поверхні ПЗ до кінця остистого відростка XII грудного хребця та від мечеподібного відростка до переднього кінця XII ребра, що обраховується за формулою $k_2 = \frac{П-О}{М-Р} \times 100\%$. Відстань від задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, до кінця остистого відростка XII грудного хребця (П-О) у чоловіків вірогідно становить половину виміру М-О, а у жінок – навіть має тенденцію до перевищення половини вказаного параметра М-О. Аналогічно, у чоловіків і жінок відстань П-О вірогідно відповідає половині виміру М-Р.

Отже, для забезпечення точнішого визначення глибини залягання задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, зі сторони спини у чоловіків, варто послуговуватися обрахуванням середнього суми показників $k_1 + k_2$.

Каратєєва С.Ю., Хомко О.Й., Малейкий М.В., Малейкий І.М.

ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЗОНОТЕРАПІЇ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Цукровий діабет характеризується порушенням толерантності до глюкози і супроводжується не тільки вираженими клінічними, але й імунними розладами. У патогенезі захворювання важливе місце посідають зміни клітинної та гуморальної імунної відповіді, формування аутоімунних реакцій, про що свідчить тісний зв'язок



ЦД з іншими органоспецифічними та органонеспецифічними аутоімунними захворюваннями; лімфоцитарна інфільтрація панкреатичних ostrivciv; виявлення у хворих на ЦД циркулюючих антитіл проти інсуліну, клітинних сегментів панкреатичних ostrivciv та тканин різних органів; наявність сенсibilізованого клону реактивних лімфоцитів до інсуліну та клітин панкреатичних ostrivciv.

Аналіз одержаних результатів визначення абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин за методом опрацьованих імуногематологічних індексів та коефіцієнтів показав наявність різного ступеня тяжкості бактеріальної інфекції та зниження функцій факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту, на фоні якого формуються гнійно-запальні процеси, які призводять до інтоксикації середнього ступеня та до різнонаправлених змін абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин та імуногематологічних індексів та коефіцієнтів. Перераховане вимагає проведення етіотропної антибіотикотерапії та імунореабілітації при лікуванні гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД.

Для комплексного лікування гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД відібрана група у кількості 53 пацієнти, в яких примінено традиційна лікувальна тактика з включенням додатково озонотерапії.

Таким чином, імуногематологічні індекси і коефіцієнти підтверджують про підвищення ефективності лікувальної тактики гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД за рахунок примінення озонотерапії. За абсолютними та відносними показниками основних імунокомпетентних клітин у периферійній крові та імуногематологічними індексами і коефіцієнтами розроблений комплексний метод лікування з включенням озонотерапії має певну ефективність і сприяє нормалізації вказаних показників.

Карлійчук М.А., Луйжис А.А.

ІНТРАВІТРЕАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ ТРІАМЦИНОЛОНУ АЦЕТОНІДУ В ЛІКУВАННІ ПСЕВДОФАКІЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзівовського

Буковинський державний медичний університет

Діабетичний макулярний набряк (ДМН) домінує серед причин зниження гостроти зору до 0,02-0,1 після хірургії катаракти у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу. Основна ланка патогенезу ДМН – підвищена проникність судин, зумовлена проривом гематоретинального бар'єру внаслідок локальної гіпоксії сітківки, осмотичного стресу, експресії судинного ендотеліального фактора росту та прозапальних цитокінів. В лікуванні ДМН застосовуються інтравітреальні введення стероїдних протизапальних препаратів, інгібіторів ендотеліального фактора росту судин, лазеркоагуляція (ЛК) центральної зони сітківки, проте на теперішній час не досягнуто консенсусу щодо однозначної стратегії його лікування.

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності інтравітреального введення тріамцінолону ацетоніду в лікуванні псевдофакічного макулярного набряку у хворих на ЦД 2-го типу.

Під спостереженням знаходились 22 хворих (27 очей) на ЦД 2-го типу (стан субкомпенсації, тривалість ЦД - $12,4 \pm 6,7$ років) віком $58,2 \pm 7,6$ після мікрокоаксіальної ультразвукової факоемульсифікації з імплантацією інтраокулярної лінзи з псевдофакічним макулярним набряком. Пацієнтам проводили стандартне офтальмологічне обстеження, а також офтальмоскопію за допомогою панфундус-лінзи та оптичної когерентної томографію (ОКТ) на приладі RTVue-100 (Optovue, США). Пацієнти були поділені на 2 групи: хворим 1-ї групи (15 очей, 11 пацієнтів) за 1-3 роки до виконання хірургії катаракти була проведена панретинальна ЛК; хворі 2-ї групи (12 очей, 11 пацієнтів) раніше отримували тільки медикаментозну терапію. Через 2 місяця після хірургії катаракти всім хворим в умовах стерильної операційної було виконано інтравітреальне введення 4 мг тріамцінолону ацетоніду за допомогою голки 27 калібру транскон'юнктивально. Основними критеріями ефективності лікування слугували: найкраща гострота зору з корекцією та товщина сітківки в макулярній зоні за даними ОКТ на 1, 3 та 6-й місяць після інтравітреального введення.

Через 2 місяця після хірургії катаракти гострота зору з корекцією складала $0,27 \pm 0,22$, товщина макулярної зони сітківки - $472,2 \pm 62,1$ мкм. Після лікування спостерігалось вірогідне покращання гостроти зору та стану макулярної зони сітківки на 1-й та 3-й місяці спостереження. Через 1 місяць після інтравітреального введення тріамцінолону ацетоніду середнє зменшення товщини макулярної зони сітківки було $302,34 \pm 42,21$ мкм у хворих 2-ї групи та $278,44 \pm 32,02$ мкм у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$ за критерієм Вілкоксона). Через 3 місяця середнє зниження товщини макулярної зони сітківки виявило таку ж тенденцію ($p < 0,05$) між групами. У хворих спостерігалось покращання гостроти зору зі статистично вірогідною різницею ($p < 0,05$) між групами: в 1-й групі в 11 очах гострота зору підвищилась до 0,4-0,8; в 4 очах не покращилась внаслідок скупчення парафовеолярних твердих ексудатів та наявність дегенеративних змін нейроепітелію. У 2-й групі гострота зору покращилась у 8 очах до 0,3-0,6. Через 6 місяців вірогідного покращання гостроти зору у хворих не спостерігалось. Отже, пацієнти, яким попередньо була виконана панретинальна лазеркоагуляція, демонстрували кращі результати через 1 та 3 місяця після лікування, в той час як через 6 місяців статистично вірогідної різниці в гостроті зору та товщині макулярної зони сітківки між групами виявлено не було.

Таким чином, інтравітреальне введення тріамцінолону ацетоніду є ефективним методом лікування псевдофакічного макулярного набряку у хворих на ЦД 2-го типу. Кращий терапевтичний ефект