

треба було оперувати. У батьків мали місто 3 афекції, 3 псевдофакії та 4 ока очікували на операцію. Сублюксація кришталика догори була відмічена в 6% в дитячому віці та прогресувала до 33,3% та 40% з віком.

Вроджена глаукома (ВГ) з класичними симптомами набряку рогівки та буфтальмом була в 12,5% випадків у дітей, що вимагало негайного оперативного втручання. У підлітків та дорослих пацієнтів мала місце вторинна глаукома вже в 60% в обох групах, неодноразово прооперована з ВОТ в стані суб- та декомпенсації.

З віком виявлена найбільш суттєва негативна динаміка з прогресуванням аніридійної кератопатії (АКП). У дітей ознаки АКП були незначними та найменшими – 2,5% в початковій стадії “В” за класифікацією Макман (1979) – формування лімбального пануса до 3,0 мм зі збереженням прозорості центральної частини рогівки. У підлітків розвиток АКП було діагностовано вже в 73,3% - стадії “В” (40,0%) та з появою стадії “С” (20,0%) – з вираженою васкуляризацією та залученням поверхневих шарів центра рогівки та “Д” (13,3%) – з повною кон’юнктивізацією, васкуляризацією та залученням всієї товщі рогівки. У батьків АКП була діагностована на всіх очах – переважно в стадіях С (70%) та D (30%).

Висновки. 1. Вроджена гіоплазія макули на очах з ВА обумовлює зниження початкових зорових функцій на рівні сотих та 0,1-0,25 та не прогресує з віком.

2. ВК при ВА прогресує з віком та вимагає проведення хірургічного втручання переважно у підлітковому віці, при можливості з ендокapsулярною імплантацією ІОЛ та формуванням “оптичної” діафрагми.

3. ВГ при ВА спостерігається в ранньому віці, вимагає негайних втручань методом фільтруючої операції – віскосинусотомії. З віком розвивається вторинна глаукома,

яка вимагає повторних втручань фільтраційного типу із залученням дренажів при їх неефективності.

4. АКП виявляє виражену негативну динаміку прогресування з віком. Вимагає подальшого розвитку методик по збільшенню кількості лімбальних клітин.

ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ АКОМОДАЦІЇ У ДІТЕЙ

Бушуєва Н. М., Слободяник С. Б., Духаєр Ш.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії
ім. В.П. Філатова НАМН України», м. Одеса,
Україна*

Актуальність Життя в умовах війни та військового стану особливо негативно відображається на дітях. Внаслідок on-line навчання погіршується функціональний стан акомодаційно-зіничної системи ока, порушується її вегетативна регуляція та психофізіологічний стан учнів. Порушення акомодації викликають астенопію, зниження гостроти зору, розлади бінокулярного та стереоскопічного зору, зниження зорової працездатності. Акомодаційна функція ока забезпечується роботою м'язів радужної оболонки, циліарного тіла, які іннервують симпатичною та парасимпатичною ланками вегетативної нервової системи. Тісний зв'язок акомодації з зіничною реакцією ока, обумовлює інтерес до вивчення зіничних реакцій, які могли б стати об'єктивним критерієм оцінки стану вегетативного забезпечення акомодації в нормі та при її порушеннях.

Мета Вивчити показники акомодації, зіничної реакції, психофізіологічного та вегетативного стану у дітей з розладами акомодації.

Матеріал і методи обстеження 41 учнів 15-16 років офтальмологічне обстеження включало визначення гостроти зору для далі та поблизу, РА за Дашевським, авторефрактометрію, УЗ-біометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію. Загальний тонус ВНС оцінювали кардіоваскулярним вегетативним індексом Кердо (ВІК) Психофізіологічний стан оцінювали за даними кінематометричної реакції (дослідження зовнішнього і внутрішнього балансу з визначенням переважання збудження або гальмування); сенсомоторні реакції (проста, складна і час випередження провідної руки); вимірювання реакції на об'єкт, що рухається (рівень сенсомоторного збудження, сенсомоторна точність); критичної частоти світлових миготінь; теппінг-тесту (швидкість руху для лівої та правої руки).

Результати. **Сильний тип** нервової системи (**сангвініки**) виявлено у 64,8% школярів, характеризується підвищеним порогом лабільності сенсомоторних тестів – діти швидко навчаються та швидко втомлюються; **середній тип** нервової системи (**нормостеніки**) відзначений у 29,6% дітей; **слабкий тип** (**меланхоліки**) виявлено у 5,55% здорових учнів, які довше навчалися та менше втомлювалися. За показниками резервів акомодатії діти були розподілені на 2 групи: група 1 (31 особа) – з нормальними РА (в середньому $4,7 \pm 1,9$ Д); група 2 (10 осіб) – зі зниженими РА (в середньому $1,36 \pm 0,72$ Д). В групі 1 з нормальними РА слабкий тип нервової системи зустрічався у 64% учнів, середній тип – у 28,9%, сильний тип – у 6,1%; в групі 2 з низькими РА слабкий тип відзначено – у 50% учнів, середній тип – в 40%, сильний тип – в 10%. Середня швидкість руху руки, яка відображає стан уваги дитини, у дітей групи 1 з нормальними РА склала $6,01 \pm 0,62$ раз/с.; у дітей групи 2 була нижчою – $5,13 \pm 1,08$ раз/с ($p=0,002$). Час відновлення площі зіниці