

Недосконалість оптико-моторно-сенсорної системи приводить до порушення біокулярної взаємодії. Питання ранньої діагностики аметропій, правильний підбір окулярної корекції необхідні для проведення ефективних реабілітаційних заходів. При рефракційній амбліопії- 59,4% випадків спостерігався біокулярний характер зору з 5 метрів.

В досліджуваній групі пацієнтів у 40,6% випадків спостерігався монокулярний характер зору з 5 метрів, біокулярний характер зору з'являвся з 3 до 1 метру. Це пацієнти з дисбіокулярною-38,5% та анізометропічною - 2,1% амбліопією.

Необхідно відмітити, що від віку, в якому виникла амбліопія, залежить ступінь її виразності, причому у дошкільників лікування амбліопії більш ефективно. Раннє виявлення і лікування амбліогенних факторів можуть не лише суттєво покращити гостроту зору, а й вплинути на оптомоторний процес біокулярного зору.

Висновки. Довготривале проєціювання на сітківці неясних зображень не дає можливості повноцінного формування зорових функцій. Несвоєчасна корекція окулярами у 62,9% випадків може приводити до розвитку амбліопії.

Ametropia and modernity

Brutska L.A.

Odesa, Ukraine

Under observation there were children in the age of from 3 till 15 years. Early detection and treatment of amblyogenic factors can not only significantly improve visual acuity, but also affect the opto-motor process of binocular vision.

Синдром Франк-Каменецького у дівчинки 19 років (клінічний випадок)

Грушко Ю.В., Черепенко Г.О., Кушнір В.Л., Пількевич Т.С.,
Михальська С.А., Дегтярьова Н.М.

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

Актуальність. Дані про закономірності та механізми розвитку глаукоми, пов'язані з дистрофічними процесами райдужки поодинокі. Синдром Франк-Каменецького (З.Г. Франк-Каменецький,

1924 р.) спостерігається у чоловіків молодого віку (20-30 років) в 65%.

Мета. Ознайомити лікарів України з рідкісною патологією розвитку ока для підвищення рівня знань про вроджену глаукому.

Матеріал і методи. Дівчина 19 років, 5 дитина у родині була обстежена в ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України». Були проведені такі обстеження: візометрія, рефрактометрія, кератометрія, діафаноскопія, УЗІ-діагностика, ПРП, фосфен, гоніоскопія, тонографія, офтальмоскопія, ОКТ райдужки та ока.

Vis OD 0,05 cc sph -14,0 cyl -8,5 ax 35°=0,2-0,25

Vis OS 0,05 cc sph -15,0 cyl -6,0 ax 160°=0,2-0,25

ВОТ (по Маклакову): OD - 19,0 мм рт.ст. під азаргою 2 р/д; OS - 14,0 мм рт.ст.

Авторефрактометрія: OD sph -12,75 cyl -8,50 ax 35°; OS sph -14,25 cyl -6,00 ax 160°.

УЗ-біометрія: OD п/к 3,68 кр 5,10 Ø 25,36 мм.

OS п/к 2,94 кр 5,14 Ø 25,30 мм.

Пахіметрія: OD - 0,603 мм; OS - 0,602 мм.

Був встановлений діагноз: обидва ока – вроджена вада розвитку ока, міопія високого ступеня, складний міопічний астигматизм, центральна та периферична дистрофія сітківки, вторинна глаукома, сублюксація кришталика, мезодермальна дистрофія райдужки, вроджена увеопатія, мегалокорнеа.

Синдром Франк-Каменецького – спадкова, вроджена, двостороння, гіпоплазія (аплазія) райдужки, аномалія гоніодісгенеза, пов'язана з вродженою глаукомою (аутосомна-рецесивна патологія, пов'язана зі статтю, по Х-зчепленій хромосомі). Ендемічна Іркутська область, Забайкалля. Передається спадково жінками-носіями в 50% випадках.

У дитячому віці це дефект ембріонального розвитку ектодермальної та мезодермальної тканини (дисгенез переднього відрізу ока), у дорослих – мезодермальної тканини (ізолюваний іридодисгенез).

Протікає як відкритокутова глаукома. Механізм: мезодермальна атрофія райдужки, гоніодисгенез II-III ступеня, персистую-

ча мембрана, мегалокорнеа (36,3%), задній ембіотоксин (25%). Сприятливий прогноз для зору можливий тільки при помірному іридодисгенезі з вродженою патологією кута передньої камери I ступеня.

Клінічна картина: мегалокорнеа, гіоплазія (аплазія) строми райдужки (двокольорова – 40%), з радіальними волокнами строми та судинами. Зона зіниці та біля кореня райдужки світла, без блиску, у вигляді кільця, 1,5-2 мм. Персистуюча мембрана. Зінична кайма відсутня. Задній ембіотоксин. В місцях стоншення зникають клітини строми, хроматофори, судини, м'язові клітини. Можливі наскрізні дефекти райдужки. Зона райдужно-рогівкового кута недиференціюється (мезодерма). У зоровому нерві та макулі – патологічні зміни, внаслідок нейропатії та глаукоми.

При обстеженні – порушення центрального поля зору, зниження індексу осцилярних потенціалів ЕРГ, підвищення толерантності рівня VOT. На ОКТ виражені зміни.

Висновки. Спостереження хворих та обов'язкова диспансеризація 4-5 разів на рік. Треба проводити клініко-генеалогічний анамнез, генетичну діагностику, виявляючи родичів патологічного гена. Оцінка ОКТ, всіх структур ока (особливо потовщення рогівки та райдужки), ступінь гоніогенезу. Товщина пігментного листка райдужку в нормі 65-75 мКм, строми – 283-460 мКм. Консервативне лікування – згідно показників обстеження хворих, оперативне лікування – за необхідністю.

Cover test в оцінці розміру і напрямку форії при нестрабічних бінокулярних порушеннях зору

Жмурик Д. В., Риков С. О., Новак С. А.

ТОВ «Медичний центр «Очі КЛІНІК» (Київ, Львів, Україна)

Інститут післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця (Київ, Україна)

Актуальність. Cover test є одним із найбільш поширених і цінних об'єктивних методів для оцінки напрямку та величини форії. Правильне виконання цього тесту має вирішальне значення для діагностики порушень бінокулярності, особливо у дітей молодшого віку, коли суб'єктивні методи важко застосувати.