

ти–одинадцяти років після радіаційного впливу. Саме в цей період слід проводити ретельні профілактичні офтальмологічні та кардіологічні огляди радіаційно опромінених осіб.

Dose-dependent risks of ophthalmic effects of ionizing radiation in Chernobyl clean – up workers and relative risks of mortality from main circulatory system diseases

Babenko T., Fedirko P., Pilmane M., Garkava N., Dorichevska R., Kapustinska O.

Kyiv, Dnipro, Ukraine; Riga, Latvia

Summary. It has been shown that statistically significant dose-related risks of eye diseases (retinal angiopathy, AMD, cataracts) and mortality risks from cardiovascular diseases (myocardial infarction, cardiomyopathy, pulmonary heart disease and pulmonary circulatory disorders) are observed in the period from four-five to ten-eleven years after radiation exposure. In this period ophthalmological examinations should be carried out.

Значення рухів очей у діагностиці нейроофтальмологічних захворювань

Бойчук І. М.

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

Порушення окорухових функцій є частими супутниками нейроофтальмологічних захворювань і можуть виступати не лише проявами ураження зорового аналізатора, а й маркерами соматичних, психічних і когнітивних патологій. Окорухові м'язи забезпечують точне спрямування зображення на центральну зону сітківки (fovea), завдяки чому досягається максимальна гострота зору. Ці рухи тісно пов'язані з положенням голови, тіла та навколишнім середовищем.

Окорухова система включає як «макрорухи» - (саккади, вергенції, плавне стеження), так і «мікрорухи» (мікросаккади, дрейф, тремор). Саккади– швидкі, стереотипні рухи, які переміщують зображення цікавого об'єкта, який цікавить на fovea. Дрейф– повільний компенсаторний рух, що підтримує стабільне положення зображення невеликого об'єкта на сітківці. Вергенції– дискон'юговані рухи очей у протилежних напрямках (конвергенція або дивергенція), що забезпечують бінокулярну фіксацію.

Для стабілізації зображення на сітківці функціонують:

Фіксаційна система, яка зберігає зображення об'єкта на fovea при нерухомій голові.

Вестибулоокулярний рефлекс (VOR) – стабілізує зображення під час швидких рухів голови.

Оптокінетичний рефлекс (OKN) – відповідає за підтримку зорової фіксації під час руху об'єкта.

Контроль за рухами очей здійснюється корою головного мозку: задні відділи відповідають за рефлекторні, а лобові поля – за довільні рухи. При цьому всі 12 пар черепно-мозкових нервів прямо чи опосередковано залучені в окорухові реакції, зокрема III, IV, VI нерви.

Оцінка стану окорухових функцій має високу нейротопографічну цінність. Зокрема, між'ядерна офтальмоплегія, яка є наслідком ураження медіального поздовжнього пучка (MLF), проявляється порушенням горизонтального погляду та вказує на рівень ураження стовбура мозку. Окремі типи рухів очей є специфічними діагностичними маркерами системних захворювань.

Наприклад: порушення «вертикальних саккад» спостерігається при хворобі Німанна-Піка – спадковій патології, пов'язаній із порушенням ліпідного метаболізму; уповільнення вертикальних саккад і поява сакадичних осциляцій характерні для прогресуючого над'ядерного паралічу (ПНП) – тяжкого нейродегенеративного стану.

Саккади – це швидкі узгоджені рухи очей, які виникають мимовільно, рефлекторно або як частина швидкофазового компонента ністагму. Вони генеруються у структурах стовбура головного мозку за участю мозочка (черв'як, ядро намету, флокулус), який забезпечує калібрування сакад.

Відомі ключові нейрофізіологічні елементи: «вибухові нейрони» активізуються за 10–12 мс до сакади та передають сигнал до мотонейронів; «паузові нейрони» здійснюють тонічне гальмування, запобігаючи спонтанним рухам; їхня активність припиняється за 15 мс до сакади; «інгібіторні вибухові нейрони» гальмують антагоністичні м'язи під час руху. Ядра черепно-мозкових нервів реалізують рухи очей відповідно до команд з вищих центрів управління.

Висновок. З огляду на складну анатомо-функціональну організацію системи рухів очей, їхні порушення часто є одними з перших проявів загальних захворювань нервової системи. Такі порушення можуть вказувати на наявність хвороби Паркінсона, Альцгеймера, прогресуючого над'ядерного паралічу, вертіго, гіпоталамічних синдромів тощо, а також точно локалізувати рівень ураження. Своєчасне виявлення та коректне трактування очорухових порушень дозволяє не лише поліпшити діагностику, а й своєчасно направити пацієнта до відповідного фахівця та розпочати лікування.

Спільний підхід — успіх в лікуванні

Весніна Н.А., Саламех Л.В.

*Медичний центр сучасної офтальмологічної допомоги «Ваш Зір»
(Кривий Ріг, Україна)*

Актуальність. Доцільність участі лікаря-офтальмолога в лікуванні патологій інших спеціалістів.

Мета. Проаналізувати можливість додаткового використання офтальмологічних препаратів в лікуванні дерматологічної патології.

Матеріал та методи. Пацієнтка Г., 56 років вперше звернулась в медичний офтальмологічний центр в 2019 році зі скаргами на різі, свербіж та слезотечу обох очей. Лікується у дерматолога з 2017 року з приводу пруриго (prurigo) або почесухи Гайда або нейроалергодерматоза. Зустрічальність даної патології 7-8 % в популяції. Захворювання виявляє себе сильним свербінням, вузлуватими папульозними висипаннями з бульбашками на поверхні, кров'яними кірками та розчесами шкіри, які локалізуються на розгинальних поверхнях кінцівок, в області живота, сідниць та спини.

Виділяють такі форми пруриго: дитяче, доросле, вузлувате, симптоматичне. Також виділяють гостру та хронічну форми.

Причиною захворювання у даної пацієнтки був гострий невроз, клінічна форма - вузлувата почесуха. Для верифікації діагнозу вона пройшла обстеження у дерматолога, невролога, ендокринолога та психіатра, широкий спектр гістологічних, імунологічних,