

---

(certificate № 130880 from October 23, 2024) was performed on five eyes. The surgery included viscoaspiration of the subluxated lens alongside sphincterotomy of the pupil, using iridorefractors acting in opposing directions to dilate the pupil and center the lens. **Conclusions:** A key achievement of this surgery was the successful removal of the subluxated lens through the anterior approach, which preserved the integrity of the anterior vitreous membrane and maintained the anatomical structure of the vitreous, thereby reducing the risk of future retinal complications.

---

## **Особливості порушень зорових функцій та сенсомоторних механізмів бінокулярного зору у дітей, яким була проведена лазерна коагуляція з приводу прогресуючої ретинопатії новонароджених**

Бойчук І. М., Кацан С. В.

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

В Україні щорічно реєструється близько 180 випадків дитячої сліпоти внаслідок ретинопатії новонароджених (РН). Частота інвалідизації недоношених дітей в 22 рази вище, ніж у дітей, народжених вчасно. Дослідження механізмів розвитку і рефракційних аномалій, бінокулярного зору у недоношених дітей з РН необхідно і дуже актуально, бо з кожним роком таких дітей стає все більше. Потреба своєчасної діагностики і лікування з кожним роком зростає.

З метою дослідити і визначити особливості зорових функцій та порушень сенсорних і моторних ланок бінокулярного зору у дітей, яким була проведена зливна лазерна коагуляція (ЗЛК) з приводу прогресуючої ретинопатії новонароджених (із предпороговою стадією, Тип 1, пороговою стадією, агресивною задньою) було обстежено – 26 дітей, 30 недоношених дітей без РН та 30 здорових доношених дітей у віці від 6 років до 10 років.

**Матеріал і методи:** застосовано загальні офтальмологічні методи, гострота зору визначалась за табл. Орлової, характер бінокулярного зору за кольоротестом, стереозір за тестом Ланга Тест II, Titmus Stereofly test, рухи очей в основних напрямках зору та стан сакад за допомогою технології айтрекера на апараті EyeLink 1000 User Manual.

**Результати.** Виявлено, що в групі недоношених дітей без РН гострота зору була значно вище і була в середньому ( $0,8 \pm 0,5$ ). Для даної групи пацієнтів характерна висока частота гіперметропії слабого ступеня - 84,6 %, тоді як міопія слабого ступеня зустрічалась в 15,4 % випадків, астигматизм  $< 2,0$  Д - в 21,5 %. В групі з РН гострота зору склала ( $0,42 \pm 0,2$ ), гіперметропія слабого ступеня виявлена в 13,3% пацієнтів, високого ступеня в 13,3%, міопія зустрічалася у 53,5% слабого і 19,9 % високого ступеня, значно частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з новонародженими, що не мали РПН. Астигматизм більше 2,0 дптр виявлено у 18,3%.

Встановлено, що порушення співдружних рухів зустрічалось статистично достовірно частіше (75%) в групі дітей після зливної ЛКС, ніж в групі доношених дітей ( $\chi^2 = 33,18$ ,  $p = 0,0000\dots$ ), також частіше зустрічаються порушення сакад - 26,9 % в групі дітей після зливної ЛКС у порівнянні з групою здорових доношених дітей ( $\chi^2 = 4,24$ ,  $p = 0,003$ ), тобто нестійка фіксація тест-об'єкту.

Виявлено, що порушення поля бінокулярного зору в групі після зливної ЛК зустрічаються у 69,3 % - частіше,  $\chi^2 = 20,85$ ,  $p = 0,0004$ . Співвідношення АК/А було більше за величиною,  $p = 0,0000\dots$ , величина найближчої точки конвергенції також була більша. У недоношених дітей без РН стереозір відповідав віковій нормі за тестом Titmus Stereofly у 76,2 % обстежених, а за тестом Ланга II у 80,4 % дітей відповідав віковій нормі (200 кут. с.). Стереопоріг не було визначено тільки у 2 дітей (3,8 %). В групі дітей, яким була проведена ЗЛКС у 38,8 % у дітей за тестом Titmus Stereofly і тестом Ланга II пороги стереозору у більшості дітей не визначались, у 26,8 % випадків пороги стереозору були нормальними. Встановлені порушення рухів очей у дітей після проведеної коагуляції залежно від стадії, найгірші показники при другій і третій стадії РПН - у 60-68% хворих, порушення сакад зустрічалось в 65% випадків, в групах як недоношених без РПН так і доношених дітей порушень сакад не виявлено.

**Висновки.** Встановлено відмінності стану зорових і бінокулярних функцій між групами дітей, що отримали ЗЛК з приводу РПН і недоношеними без РПН і доношеними. Результати дозволяють нам рекомендувати вправи для очей для розвитку рухливості, а також вправи для розвитку бінокулярного і стереоскопічного

---

зору для дітей яким була проведена ЗЛК з приводу РПН як можливо раніше. При наявності амбліопії використання прямої оклюзії та апаратне лікування з 3-3,5 років.

## **Синдром Девіка**

Бушуєва Н. М., Будивська О. С.

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

Синдром або хвороба Девіка (синоніми - оптичний нейромієліт, оптичний нейромієліт) у сучасній медицині вважається рідко зустрічається аутоімунною патологією запального характеру, що зачіпає центральну нервову систему (ЦНС). Захворювання вражає структуру спинного мозку та зорових нервових волокон. Довгий час це захворювання розглядали як особливо рідкісну форму розсіяного склерозу (РС) з швидко прогресуючою злоякісною течією, що виникає до клінічних проявів основного захворювання. Але у 2004 році у пацієнтів з оптикомієлітом (ОМ) у сироватці крові були виявлені циркулюючі антитіла до анти-аквапарину 4 (анти-А-П4АТ), відсутні у пацієнтів з РС. Через рік ідентифікований білок аквамарин 4(АП4), що утворює водні канали астроцитів, та оптичний невромієліт був визначений як окрема нозологічна форма [Lenon V, A, et al, 2004]. Досить часто ОНМ (50—70 %) поєднується з іншими аутоімунними захворюваннями — синдромом Шегрена, аутоімунним тиреоїдитом, ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком, перніціозною анемією, неспецифічним виразковим колітом, первинним склеробацитозируючим клеро-зируючим. Хвороба Девіка зустрічається у країнах Південно-Східної Азії, особливо в Японії. Захворювання вражає, як правило, зоровий нерв, хіазму, спинний мозок, гіпоталамус, мозковий стовбур. Патологічно при ОНМ мають місце демієлінізація, некроз білої та сірої речовини. При цьому запальний інфільтрат містить велику кількість поліморфноядерних лейкоцитів, макрофагів, еозинофілів, що відрізняє ОНМ від РС. Первинно в клініці настають порушення зору у вигляді його зниження, аж до повної втрати, а через деякий час приєднуються симптоми важкого поперечного