

Велике значення мають вчасно почате лікування хронічних захворювань (тонзиліту, карієсу), патології центральної нервової системи, інфекційних, соматичних, психічних захворювань, виключення стресових ситуацій, терапія ендокринних захворювань. Не рідше 2-х разів на рік огляд у офтальмолога для того щоб своєчасно виявити випадки перенавантаження зору та призначити необхідне лікування дитини.

Висновки. Наявність у пацієнта зорово-напруженої праці під час роботи за комп'ютером потребує проведення оптимальної корекції для збереження зорової працездатності та досягнення рівня професійної надійності. При виборі оптимальної корекції необхідний індивідуальний підхід.

Оптична корекція необхідна не лише для досягнення максимальної гостроти зору за наявності аметропії, а й з метою виключення акомодційно-рефракційного фактора виникнення косоокості. Рання оптична корекція забезпечить нормальний розвиток органа зору, допоможе оздоровленню дітей з патологією рефракції ока.

ВИПАДОК УСПІШНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРИЗМАТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИ ДВОЇННІ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПЕРЕКОСОМ УЯВНОГО ЗОБРАЖЕННЯ КОСОГО ОКА

Сердюченко В.І.

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

Актуальність. Як відомо, при двоїнні, яке інколи спостерігається при косоокості, застосовується призматична корекція (Сергиевский Л.И., 1951; G. K. von Noorden, E. Campos, 2002; Godts D. J. M., 2014). Але, виходячи з механізму дії призми (злиття подвійних зображень можливо лише у випадках, коли основні лінії, що формують дійсне і уявне зображення, є паралельними), лікар або оптометрист відмовляють пацієнту, у якого спостерігається двоїння з перекосом уявного зображення, в підборі призми. Питання про можливість в таких випадках застосування призматичної корекції належним чином поки що не вивчене.

Мета: поділитися з офтальмологами спостереженням за пацієнткою, у якої була успішно застосована призматична корекція при наявності вертикальної косоокості, яка супроводжувалась двоїнням з перекосом уявного зображення косоного ока.

Матеріал. Під спостереженням знаходився пацієнтка О.Я., яка в 2020 році перенесла COVID. Невдовзі помітила двоїння по вертикалі з перекосом зображення лівого ока. Звернулась в Інститут ім. В.П. Філатова через 1 рік.

Методи: візометрія, рефрактометрія, страбометрія, визначення рухливості очних яблук і стану конвергенції, обстеження на синоптофорі, кольоротесті, шкалі Меддокса, огляд заломлюючих середовищ і очного дна

Результати. При огляді в інститутів 2021 році у віці 16 років: гострота зору обох очей = 1,2-1,4. Рефрактометрія обох очей – еметропія. Кольоротест: одночасний зір. Синоптофор: злиття об'єктів на 0° або на -4° з вертикальним компонентом 8-10Д догори з боку OS. Обстеження око-рухового апарату показало наступне: девіація лівого ока 0-5° догори при тесті з перекриттям; виявлено також незначну гіперфункцію верхнього прямого м'яза і легку гіпофункцію верхнього косого м'яза лівого ока; з боку правого ока констатовано легку гіперфункцію нижнього прямого м'яза і виражену гіперфункцію верхнього косого м'яза. Обстежена у невролога, за даними клінічного обстеження і МРТ головного мозку патології з боку центральної нервової системи не виявлено. Пацієнтка провела 2 курси апаратного лікування: розвиток горизонтальних і вертикальних фузійних резервів (як на синоптофорі, так і за допомогою призм), вправи на бінариметрі, а також електростимуляцію нижнього прямого м'яза лівого ока. Незважаючи на лікування, двоїння у пацієнтки зберігалось і часто відмічався «перекос» одного із зображень.

Була здійснена проба підбору призм, хоча при «перекосі» одного зображення призми, як правило, неефективні. Перевірка пацієнтки перед підбором призм показала наступне. Шкала Меддокса: OD – езофорія 6°, гіпофорія 12°, ексциклофорія 5-10°; OS – езофорія 6°, гіперфорія 11°, інциклофорія 10°. С призмами (OD pr 9Д bas 90°, OS pr 9Д bas 290°), найкраще переносимих пацієнткою, диплопії немає, «перекос» зображення зник. Призматичну корекцію переносить добре. Кольоротест: бінокулярний зір. На наступний день проведено другу пробу до і через 1 годину після надівання призматичних окулярів. Отримано аналогічний результат. Через 2 дні проведена третя проба на предмет переносимості тієї ж самої призматичної корекції. До надівання призм: шкала Меддокса з 5 м: OD – езофорія 3°, гіпофорія 10-12°, нестійка ексциклофорія до 3-5°; OS- езофорія 5°, гіперфорія 10-12°, нестійка інциклофорія до 3-5°. Після 1 години перебування в призматичних окулярах (ходьба, переміщення по сходах): переносимість призм добра, двоїння немає, «перекоосу» зображення також немає. В призматичних окулярах: шкала Меддокса з 5 м: OD – езофорія 0-2°, вертикаль - 0°; OS- езофорія 0-2°, гіперфорія 2-0°; циклофорія на обох очах не відмічається.

Виписані відповідні однолінзові призматичні окуляри. Проведено обстеження пацієнтки через 2 тижні носіння призматичних окулярів. Скарг не пред'являє, двоїння не відмічає. Положення очей в окулярах правильне. На кольоротесті – бінокулярний зір. Огляд через 2 місяці носіння окулярів.

Зі слів пацієнтки, в окулярах відчуває себе добре. Без окулярів з ранку протягом 2 годин двоїння не відчуває, але потім під час уроків з'являється диплопія по вертикалі з незначним перекосом зображення з боку лівого ока (але меншим, ніж раніше); в окулярах двоїння с перекосом не відчуває. Кольоротест: без окулярів – чергування одночасного і бінокулярного зору; в призматичних окулярах стійкий бінокулярний зір. Шкала Меддокса в окулярах – ортофорія по горизонталі і вертикалі; циклофорія не виявляється. Пацієнтка перевірялась протягом наступних двох років декілька разів. Провела 3 курси ортоптичного лікування з включенням розвитку циклофузійних резервів. Двоїння з перекосом уявного зображення турбувало все менше. На заняттях в школі користувалась призматичними окулярами постійно, а вдома надівала їх тільки при необхідності.

Висновок. Ми припускаємо, що отриманий сприятливий результат призматичних скелець на усунення, зокрема, перекосу одного із зображень можна пояснити, з одного боку, компенсацією призми найбільш вираженої різнонаправленої девіації по вертикалі, а з другого – хорошими взаємокоригуючими компенсаторними можливостями всього око-рухового апарату пацієнтки, і, крім того, її позитивним настроєм і бажанням якомога скоріше справитися з даною проблемою.