
Досягнення біокулярного зору у дорослого хворого з дитячим церебральним паралічем і вторинною розбіжною косоокістю

Сердюченко В. І., Грушко Ю. В.

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

Актуальність. Хірургічне лікування косоокості у дорослих осіб, за численними даними літератури, є менш ефективним, ніж у дітей, і нерідко виконується переважно з косметичною метою, без обіцянки відновлення біокулярного зору. Особливо це торкається дорослих пацієнтів із дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Наш досвід оперативного лікування вродженої косоокості у хворих на ДЦП дітей та підлітків свідчить про те, що ортотропія досягається у них в 61% випадків, а нестійкий біокулярний зір – лише в 18% (Сердюченко В.І., Гальперт Я.І., 2014). Особливу складність представляють також випадки вторинної (послідовної) розбіжної косоокості (ВІРК) у дорослих осіб, яка розвинулася після операції усунення збіжної косоокості. В цьому плані нам виявився цікавим випадок успішного лікування дорослого хворого на ДЦП пацієнта із ВІРК.

Презентація випадку. В інститут ім. В.П.Філатова звернувся пацієнт Є. 34 років, що страждає на ДЦП (спастичний тетрапарез). У віці 6 років був прооперований за місцем проживання з приводу вродженої альтернуючої езотропії; в післяопераційному періоді обидва ока почали поперемінно відхилятися назовні. Проводив систематичне ортоптичне лікування без ефекту.

При огляді в інституті: девіація обох очей поперемінно в окулярах і без окулярів 20° назовні. Рухливість очей – в нормі. Конвергенція різко ослаблена. Очне дно: часткова атрофія зорових нервів. Гострота зору правого ока 0,04 з кор. сф. -6,0Д, цил. -1,0Д ось $7^\circ = 0,25$. Гострота зору лівого ока 0,08 з кор. сф. -6,5Д, цил. -1,0Д ось $170^\circ = 0,4$.

В інституті здійснена операція, під час якої було виявлено, що медіальні прямі м'язи (МПМ) обох очей були прирощені на відстані 3 мм від первісного місця прикріплення; самі м'язи були різко ослаблені. Проведено перешивання обох МПМ до первісного місця прикріплення з одночасною їх резекцією по 6 мм. Після операції: непостійна езотропія до $+5^\circ$. Синоптофор: злиття на $+15^\circ$ без амплітуди фузії. Проведено інтенсивне ортоптичне лікування за місцем проживання.

Огляд в інституті через 2 місяці: ортотропія. Синоптофор: злиття від 0° до -3° . Тест Баголіні: біокулярний зір. Конвергенція покращилась. Рекомендовано продовжити курс апаратного лікування з метою розширення фузійних резервів і закріплення біокулярного зору.

Описаний випадок представляє інтерес, оскільки у дорослих після операції усунення косоокості не так часто розвивається біокулярний зір, як у дітей, а в даному випадку хворий з таким важким станом центральної нервової сис-

теми, як ДЦП, завдяки проведеній операції по усуненню вторинної розбіжної косоокості і наполегливому ортоптичному лікуванню успішно досяг бінокулярного співробітництва обох очей.

Висновок. У хворих на ДЦП запланована згідно існуючих рекомендацій ступінь рецесії МПМ дає більший ефект, ніж у осіб без ДЦП, що може призвести до появи ВПРК. Це пояснюється слабкістю м'язової системи в цілому у таких хворих, у тому числі слабкістю окорухових м'язів, а також слабкістю конвергенції. Тому у хворих на ДЦП з езотропією ступінь запланованої рецесії МПМ повинна бути, як правило, меншою, ніж у пацієнтів без ДЦП з таким же самим кутом косоокості. Проведені нами попередні спостереження за хворими з ДЦП та оперованою езотропією, підтвердили дані зарубіжних колег про те, що ці пацієнти показують більшу «хірургічну відповідь» на операцію рецесії МПМ, яка дорівнює приблизно 1,3 призмових діоптрії на 1 мм рецесії (Hwang J., Ma DJ, Yang HK, 2012).

Achievement of binocular vision in an adult patient with cerebral palsy and secondary exotropia

Serdiuchenko V. I., Hrushko Yu. V.

SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» (Odesa, Ukraine)

Surgical treatment of secondary divergent strabismus cannot guarantee the patient achieving binocular vision. This is especially true for patients with cerebral palsy (CP). A case of a 34-year-old patient with secondary divergent strabismus and CP after an operation of recession of the medial rectus muscles, performed at 6 years, is described. The patient has myopic astigmatism, partial atrophy of the optic nerves; visual acuity with correction on the right eye 0.25, on the left - 0.4; 20 ° deviation 20° outwards alternately; convergence is weakened. The operation was performed at the institute: revision of the medial rectus muscles of both eyes with relocation to the original place of attachment and their simultaneous resection of 6 mm. After operation - unstable esotropia up to + 5 °. The patient performed active orthoptic treatment. On examination after 2 months - orthotropia; synoptophore: fusion from 0 ° to -3 °; Bagolini test: binocular vision. Attention is turned to the need to reduce the dosage of recession of the medial rectus muscles during surgical correction of convergent squint in people with cerebral palsy in comparison with patients without CP.

Ковідний ендодфальміт чи ковідна катаракта?

Смаль Т. М., Сивик М. Р., Сушінець В. С.

КНП «8-а МКЛ м. Львова» ММЦ «Мікрохірургія ока» (Львів, Україна)

Актуальність. Досягнення сучасної офтальмології за останні 20 років лікування катаракти є величезними. Але теперішня ситуація, яка пов'язана з COVID-19, "відкинула" можливість та доступність надання допомоги офтальмологічним хворим, зокрема з катарактою, на 20 – 30 років назад. Тому демон-