

вмешательства при расходящемся косоглазии требует усовершенствования методов диагностики моторной и сенсорной системах глаза.

С целью определения особенностей состояния аккомодации и фузии у больных с постоянным и периодическим расходящимся косоглазием были изучены показатели ближайшей точки конвергенции, соотношения АК/А и фузии на синоптофоре.

Материал и методы. Под наблюдением находились 59 больных: среди них 33 с постоянной формой косоглазия (группа 1) и 26 пациентов с периодической (непостоянной) формой (группа 2) и в возрасте 10-21 год с острой зрения с коррекцией (0,8±0,3) у.е. и рефракцией в среднем (0,95±2,8)дптр. Группы по величине угла существенно не отличались: угол косоглазия в группе 1 для дали составил (36,6±2,8) пр.дптр., а для близи (16,6±2,5) пр. дптр и в группе 2 – (26,6±2,8 и 12,0±2,3) пр.дптр, соответственно, $p > 0,05$. Всем больным проводилось общепринятое офтальмологическое обследование, а также определялась ближайшая точка конвергенции с помощью проксиметра, соотношение АК/А по методу гетерофорий, фузионные резервы на синоптофоре.

Результаты. Анализ данных показал, что у больных 1 и 2 групп величины ближайшей точки конвергенции существенно не отличались и составили в среднем (8,8±0,9) и (8,6±0,6) см, соответственно. Средние величины АК/А в группах также существенно не отличались и составили (-0,5±2,5) и (1,02±0,97) соответственно, однако более низкие величины – меньше 0 встречались в 1 группе чаще - в 53,5% случаев, а во 2 группе у 38% (при норме 6,0). Фузия на синоптофоре определялась значительно чаще у пациентов 2 группы – 53,8%, в сравнении с 1 – 24,4%, $\chi^2 = 6,2$, $p = 0,001$.

Выводы. 1. Отмечено, что при постоянной форме косоглазия низкие величины АК/А встречаются чаще (53,5%), чем при непостоянном (38%), что может быть связано со слабостью аккомодативной конвергенции у этих пациентов.

2. Установлено, что фузия существенно чаще наблюдается у больных с непостоянной формой расходящегося косоглазия (53,8%) в сравнении с постоянной (24,4%), $\chi^2 = 6,2$, $p = 0,001$.

Features of the state of accommodation and fusion in patients with constant and intermittent divergent strabismus

Boychuk I. M., Aloui Tarak

*SI "Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine"
(Odessa, Ukraine)*

To determine the characteristics of the accommodation and fusion in patients with constant and intermittent divergent strabismus, indicators of the nearest point of convergence, the AK/A ratio and the fusion by synoptophore were studied. All patients were carried out standard eye examination, and the nearest point of convergence using proximetry, the AK/A ratio by the method of heterophoria, fusional reserves by synoptophore were determined. It is noted that in cases with the permanent form of strabismus low values of AK/A are more common (53.5%) than in intermittent (38%), which may be associated with weakness of accommodative convergence in these patients. It is found that the fusion is significantly more common in patients with intermittent form of divergent strabismus (53.8%) in comparison with a constant (24.4%), $\chi^2 = 6.2$, $p = 0.001$

Толщина хориоретинального комплекса сетчатки в фовеальной зоне у подростков с миопией разной степени

Бойчук И. М., Иванюк Е. В., Шибиль Саму

Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им.В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. В Украине количество больных миопией превышает 10 млн., удельный вес этого заболевания в структуре инвалидности среди больных с врожденной и приобретенной в детском и юношеском возрасте патологией глаз составляет 34-38 %. Дегенеративная миопия занимает первое место в структуре причин слепоты и слабовидения среди детского населения в Украине (32,7%), (Рыков С.А. с соавт., 2011). Нередко прогрессирование «школьной» близорукости приводит к нарушению анатомических взаимоотношений и повреждениям оболочек глаза, развитию условий для возникновения в дальнейшем хориоретинальной дистрофии. Изменение оптической оси глаза вызывает перераспределение микроструктурных взаимоотношений как в самой сетчатке, так и в ретино-хориоидальных слоях. Изучение этих изменений стало возможным благодаря появлению новых технологий оптической когерентной томографии (ОКТ).

Имеются единичные работы, посвященные изучению особенностей строения и толщины сосудистой оболочки при различных дистрофических заболеваниях с помощью спектральных ОКТ (Shin J.W., Shin YU, Lee BR., 2009, Fujiwara T, Imamura Y, Margolis R, Slakter JS, Spaide RF., 2012), однако, может ли истончение хориоидеи быть предшествующим фактором развития дистрофической формы миопии недостаточно ясно.

Поэтому целью данной работы явилось изучение особенностей хориоретинального слоя у подростков с миопией разной степени.

Материал и методы. Измерение толщины хориоидального слоя в фовеальной зоне проведено у 27 подростков (миопия слабой степени у 7 детей, средней степени у 10 и высокой у 10 детей) в возрасте 14-16 лет с приобретенной миопией. Острота зрения с коррекцией составила в среднем $(0,8 \pm 0,2)$ у.е., рефракция от -1 до -7,0 дптр, в среднем $(-3,6 \pm 0,45)$ дптр. Всем пациентам проводились общие офтальмологические исследования, толщина хориоидального слоя измерялась на ОКТ (SPECTRALIS Tracing Laser Tomography, Heidelberg Engineering) по стандартным протоколам в фовеальной зоне в горизонтальном и вертикальном направлениях сканирования. Величина хориоретинального комплекса в фовеа измерялась на скане величиной вертикали от гипер-рефлективного слоя пигментного эпителия до границы соединения хориоидеи и склеры.

Результаты Анализ данных показал, что при миопии слабой степени хориоретинальный комплекс в фовеоле был значительно большей толщины ($198 \pm 15,9$) мкм, чем при средней ($164 \pm 17,0$) мкм, $p=0,02$ и высокой степени ($139 \pm 17,0$) мкм, $p=0,001$. Известно, что у здоровых толщина хориоидеи составляет 270-350 мкм, т.е. у подростков с миопией толщина хориоидеи существенно меньше. Нами не было найдено существенных различий в толщине хориоидеи у больных в фовеа при измерении в горизонтальном и вертикальном направлениях сканирования, (парный t-test, $p=0,2$).

Выводы. 1. Установлено, что толщина хориоретинального комплекса в фовеа у подростков с миопией существенно меньше в сравнении со здоровыми. 2. Хориоретинальный комплекс в фовеа у подростков с миопией слабой степени существенно тоньше, чем у подростков с миопией средней и высокой степени ($p=0,02$, $p=0,001$, соответственно).

The thickness of chorioretinal complex of the retina in the foveal zone in teenagers with myopia of different degrees

Boychuk I. M., Ivanytska E. V., Chebil Sami

SI "Filatov Institute of eye diseases and tissue therapy of NAMS of Ukraine" (Odessa, Ukraine)

To study features of chorioretinal layers in teenagers with myopia of various degrees, we measured the thickness of choroidal layer in the foveal area in 27 adolescents with acquired myopia (mild, moderate and high myopia in 7, 10 and 10 children, respectively aged 14-16 years old. OCT (SPECTRALIS Tracing Laser Tomography, Heidelberg Engineering) was used according to standard protocols in the foveal area in both horizontal and vertical scanning directions. It was established that chorioretinal complex thickness in foveola was significantly increased in mild myopia patients (198 ± 15.9) μm than in moderate and high myopia, (164 ± 17.0) μm , $p=0.02$ and (139 ± 17.0) μm , $p=0.001$, respectively. No significant differences in choroidal thickness in the fovea were marked when measuring in the horizontal and vertical scanning directions, (paired t-test, $p=0.2$).

Оптическая адаптация при дисбинокулярной амблиопии

Бруцкая Л. А.

Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Амблиопия наблюдается в 1 - 10% случаев у детей, причем при косоглазии - в 12-90% случаев. Дисбинокулярная амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения и сенсорно-моторного аппарата, организованного по принципу рефлекторного кольца. Вопросы ранней диагностики аметропий, амблиопии и мышечного дисбаланса входят в общую задачу лечебно-оздоровительного комплекса детей и подростков. Сохранение высокого зрения на амблиопичном глазу и связанного с ним формирования бинокулярного зрения - наиболее трудная задача для офтальмологов.

Цель. Изучить влияние оптических адаптационных механизмов на остроту зрения у детей с дисбинокулярной амблиопией в зависимости от вида фиксации.

Материал и методы. Под наблюдением было 80 детей (110 глаз) в возрасте от 3 до 15 лет. Учитывалась острота зрения на фоне оптимальной очковой коррекции после проведения трехдневной атропинизации. Методы исследования: визометрия, рефрактометрия, определение угла косоглазия по Гиршбергу, характера бинокулярного слияния на синоптофоре и цветовом приборе, характера фиксации на ортоптоофтальмоскопе.

Результаты. При слабом развитии в зрительном анализаторе механизмов, регулирующих адаптацию, и отсутствии дополнительных необходимых вспомогательных средств (рациональная коррекция анизометропии и астигматизма), улучшающих адаптацию, создаются дополнительные трудности, способствующие ускорению развития амблиопии. Дисбинокулярная амблиопия в 72,7% случаев осложнилась эксцентричной фиксацией, при этом высокая степень была в 75% случаев, средняя - в 25%. Тяжесть амблиопии прямо зависела от характера зрительной фиксации. На амблиопичных глазах с эксцентричной фиксацией преобладал гиперметропический астигматизм в 55% случаев. При раннем возникновении косоглазия значительно труднее восстановить утраченные зрительные функции.

Заключение. В период роста глаза особенно необходимы систематические исследования клинической рефракции, а при ее аномалиях постоянное использование коррекции. Это исключит проявление тяжелых последствий, неминуемо возникающих при некорригированных аметропиях, особенно астигматических.