

нейропатією. Вік пацієнтів – 13, 18 та 27 років; усі чоловічої статі, цивільні. Після отримання ЧМТ хворі проходили лікування в нейрохірургічних стаціонарах м. Харкова. До офтальмолога вони звернулися в середньому через 2–3 тижні після контузії. Затримка була обумовлена тяжкістю неврологічного статусу. При зверненні проведено повне офтальмологічне обстеження: Візомутрія офтальмоскопія, тонометрія. Оптична когерентна томографія (ОКТ) та ангіо-ОКТ заднього сегмента ока (макула та зоровий нерв), комп'ютерна периметрія та фотографування очного дна. Також аналізувалися результати МРТ та КТ, отримані в нейрохірургічних відділеннях (одному хворому знадобилося повторне МРТ-дослідження).

Результати та лікування. Початкова гострота зору при зверненні становила 0,05, 0,1 та 0,3. Внутрішньоочний тиск був у межах 13–18 мм рт. ст. При офтальмоскопії виявлено: множинні крововиливи на очному дні та по периметру диска зорового нерва (ДЗН); асиметричний набряк зорового нерва на обох очах, численні плазморагії та ділянки пошкоджень у бета-зоні ДЗН. МРТ та КТ підтвердили цілісність зорового нерва. Пацієнтам було призначено курс кортикостероїдів, каротиноїдів та нутрицевтиків паралельно з нейрохірургічним лікуванням. Через 6 тижнів гострота зору підвищилася у всіх хворих до 0,7–0,9. Крововиливи на очному дні поступово розсмокталися. Макулярна зона залишилася неушкодженою. У зонах ураження бета-зони ДЗН було виявлено ділянки хоріоретинальної атрофії.

Висновки. Непряма травматична оптична нейропатія призводить до суттєвого погіршення зору та якості життя. Своєчасна діагностика та мультидисциплінарний підхід (співпраця офтальмологів та нейрохірургів) із застосуванням медикаментозної терапії дозволяють зберегти зорові функції на високому рівні.

ПРОГРЕСУВАННЯ ОЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ АНІРИДІЇ З ВІКОМ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Боброва Н., Романова Т., Дембовецька Г.,
Сорочинська Т., Марко К.

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

Актуальність. Вроджена аніридія (ВА) є рідкісною вродженою бінокулярною офтальмологічною вадою, яка супроводжується низкою додаткових вроджених офтальмологічних ускладнень.

Мета дослідження. Вивчити частоту та характер прогресування очних ускладнень при вродженій аніридії (ВА) та можливість їх корекції.

Матеріали та методи. Розширене офтальмологічне обстеження проведено 58 пацієнтам - 25 дітям різного віку (48 очей) та 5 батьків (10 очей) без системних синдромів ВА. Сформовано 3 різновеликі порівняльні групи – 16 дітей (32 ока), 9 підлітків (16 очей) та 5 дорослих (10 очей).

Результати та обговорення. Переважали випадки повної спадкової ВА (72,4%), спорадична ВА при здорових батьках зустрічалась рідше (27,6%).

Вроджену гіоплазію макули (підтверджену ОКТ) було виявлено – відповідно в 93,8% та 93,3% перших 2-х груп. Ці зміни обумовлювали знижену вихідну гостроту зору - на рівні сотих в 40,6 – 46,7 – 60,0% відповідно та 0,1-0,25 в 37,5 – 26,7 – 20,0%. Ністагм в 87,5 – 86,7 – 100% відповідно.

Вроджена катаракта (ВК) на очах з ВА була діагностована доволі часто – в 81,3%, але вона була різною: у дітей - переважно часткова (передньо-полярна, - капсулярна); у підлітків – прогресуюча ламелярна катаракта з явищами кальцинації та розсмоктування, яку

треба було оперувати. У батьків мали місто 3 афекції, 3 псевдофакії та 4 ока очікували на операцію. Сублюксація кришталика догори була відмічена в 6% в дитячому віці та прогресувала до 33,3% та 40% з віком.

Вроджена глаукома (ВГ) з класичними симптомами набряку рогівки та буфтальмом була в 12,5% випадків у дітей, що вимагало негайного оперативного втручання. У підлітків та дорослих пацієнтів мала місце вторинна глаукома вже в 60% в обох групах, неодноразово прооперована з ВОТ в стані суб- та декомпенсації.

З віком виявлена найбільш суттєва негативна динаміка з прогресуванням аніридійної кератопатії (АКП). У дітей ознаки АКП були незначними та найменшими – 2,5% в початковій стадії “В” за класифікацією Макман (1979) – формування лімбального пануса до 3,0 мм зі збереженням прозорості центральної частини рогівки. У підлітків розвиток АКП було діагностовано вже в 73,3% - стадії “В” (40,0%) та з появою стадії “С” (20,0%) – з вираженою васкуляризацією та залученням поверхневих шарів центра рогівки та “Д” (13,3%) – з повною кон’юнктивізацією, васкуляризацією та залученням всієї товщі рогівки. У батьків АКП була діагностована на всіх очах – переважно в стадіях С (70%) та D (30%).

Висновки. 1. Вроджена гіоплазія макули на очах з ВА обумовлює зниження початкових зорових функцій на рівні сотих та 0,1-0,25 та не прогресує з віком.

2. ВК при ВА прогресує з віком та вимагає проведення хірургічного втручання переважно у підлітковому віці, при можливості з ендокapsулярною імплантацією ІОЛ та формуванням “оптичної” діафрагми.

3. ВГ при ВА спостерігається в ранньому віці, вимагає негайних втручань методом фільтруючої операції – віскосинусотомії. З віком розвивається вторинна глаукома,