
ЕЛК становила 0,9-1,0, гострота зору вдалину була прогнозовано не висока і складала 0.6-0.7. Протягом другого місяця спостереження гострота зору вдалину покращилася до 0,8-0,9, а гострота зору на близьку відстань прогнозовано зменшилася до 0,8-0,9. Всі пацієнти були задоволені результатами втручання і отриманою гостротою зору. Ніхто з пацієнтів не потребував підбору додаткових окулярів на даль.

Висновки. ЕЛК пресбіопії з аметропією по програмі PresbyMax є прогнозованим втручанням, що дозволяє покращити гостроту зору на даль і на близьку відстань, що не потребує оптичної корекції. Необхідні подальші спостереження за пацієнтами та збільшення групи дослідження.

The first experience of laser correction of presbyopia with ametropia by presbymax method

Prozhoha S.A., Leichenko Yu.V., Hashim H.T.

«Eximer-Kyiv» ophthalmological clinic (Kyiv, Ukraine)

Presbyopia is becoming an topical issue in our day, where people want to get of dependence on glasses or multifocal contact lenses. Excimer laser correction of presbyopia is a relatively new technique. One of the presbyopia programs is PresbyMax: which we used in a study involving 7 patients (14 eyes). The research were held from November to December 2020 in medical center «Eximer-Kyiv». All Patients were performed without any complications on an excimer laser «Schwind Amaris 500E» by performing a corneal flap on a femtosecond laser «Intralase FS60 (AMO)». The early postoperative period were pass without any complications. All patients were satisfied with the results of the intervention and visual acuity. None of the patients were needed for additional glasses at a distance. Eximer Laser Of Presbyopia with ametropia according to the PresbyMax program is a predictable intervention that allows to improve visual acuity at a distance and near vision, which does not require optical correction. monitoring of more patients and increase the study group is needed.

Вторинна (послідовна) розбіжна косоокість: причини, клініка, результати лікування

Сердюченко В. І.

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

Актуальність. Вторинна (послідовна) розбіжна косоокість (ВПК) - неприємне ускладнення, що виникає інколи після операції з приводу збіжної косоокості. Деколи розбіжна ВПК може з'явитися і без операції – наприклад, при несвоєчасному зменшенні оптичних лінз при акомодацийній езотропії на тлі гіперметропії. Все це викликає занепокоєння у лікаря і у пацієнта, а також у його батьків. Питання про причини та лікування ВПК вже піднімалося рядом офтальмологів (Noorden G.K., Campos E.C., 2002; Savada V. et al., 2014).

Мета. На прикладі хворих, обстежених і прооперованих в інституті ім. В.П. Філатова з приводу ВПРК, в'яснити причини цього виду косоокості і визначити оптимальну тактику його лікування.

Матеріал. Проведено ретроспективний аналіз 16 історій хвороби пацієнтів, що звернулись в інститут ім. В.П.Філатова з приводу ВПРК. Вік хворих – від 2 до 28 років.

Методи: традиційне офтальмологічне обстеження у поєднанні з девіометрією, дослідженням рухливості очей, конвергенції та стану бінокулярного зору; оперативне лікування; призматична корекція.

Результати. Клінічно ВПРК проявлялася такими ознаками. Величина кута косоокості - від 5 до 60 град. У 8 хворих відмічено обмеження аддукції. Конвергенція у 5 пацієнтів була ослаблена, а у 9 була відсутня. У 3 хворих виявлено супутній дисоційований вертикальний компонент. Гострота зору була у 14 пацієнтів нормальною, а у 2-х констатована амбліопія високого ступеня на оці, що косить. На кольоротесті у всіх хворих визначався монокулярний зір, на синоптофорі у 3 пацієнтів констатовано біфовеальне злиття тест-об'єктів, у 4 - нефовеальне злиття (аномальна кореспонденція сітківки – АКС), у 9 – функціональні скотоми різного розміру.

14 хворих із 16 були прооперовані. Проведено ревізію медіальних прямих м'язів і виявлено, що у 9 хворих місця їх прикріплення знаходились на значній відстані (7-10 мм) від первісного місця прикріплення. У всіх хворих проведено їх перешивання вперед, а при необхідності здійснювалась також резекція м'яза. Ортотропія досягнута у 11 хворих, у трьох зберігався залишковий кут 5-7 град; бінокулярний зір констатовано у 4 хворих, одночасний у 6, монокулярний – у 4.

На основі обстеження хворих з ВПРК і ретельного вивчення їх історій хвороби, а також виписок про проведені раніше операції виявлені наступні причини появи ВПРК: надмірна рецесія медіальних прямих м'язів при операції з приводу збіжної косоокості, слабкість або відсутність конвергенції, наявність супутнього дисоційованого вертикального компонента, функціональної скотоми або АКС, амбліопії високого ступеня ока, що косить. 2 хворих не були прооперовані. У 1 пацієнтки 13 років відмічено невеликий кут ВПРК (10 призматичних діоптрій) і диплопія; були виписані призматичні окуляри і призначено ортоптичне лікування по розвитку позитивних фузійних резервів; повторна операція не знадобилась. Другий пацієнт (12 років) з гіперметропією 6,0 дптр протягом попередніх 7 років користувався корекцією сф. +5,0 дптр; скельця своєчасно не ослаблялись, хоча за цей час ступінь гіперметропії зменшився на 2,0 дптр; з'явилась вторинна екзотропія; корекція була послаблена на 3,0 дптр і призначено ортоптичне лікування; в результаті досягнуті ортотропія і бінокулярний зір.

Висновок. Знання офтальмологами причин появи вторинної (послідовної) розбіжної косоокості, ретельне обстеження пацієнтів з косоокістю допоможе окулісту вибрати найбільш прийнятну тактику його лікування (хірур-

гічне лікування, ортоптичні процедури, тренування конвергенції та аддукції, відповідна корекція) та досягти оптимальних результатів.

Causes and treatment of secondary (consecutive) divergence strabismus

Serdiuchenko V. I.

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

Secondary (consecutive) divergence strabismus (SCDS) is disagreeable complication of surgical treatment of convergent squint. On base of analysis of cases record of patients with SCDS its essential causes were established: surplus recession of muscles rectus medialis; weakness or absence of convergence; combination of esotropia with vertical strabismus, presence of amblyopia of high degree of squinting eye, functional scotoma, defiance of accommodative component in high hyperopia. The treatment of SCDS: 1) surgical treatment (revision of the muscles rectus medialis with its relocation onward); 2) orthoptic treatment (development of fusion); 3) in hyperopia of mean and high degree – weakening of correction by 3,0D; 4) electrostimulation of muscles rectus medialis; 5) development of convergence and motility of eyes; 6) in presence of diplopia – prismatic correction.

«Офтальмологічний портрет» синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей з набутою міопією

Цибульська Т. Є., Завгородня Т. С.

*Запорізький державний медичний університет; Медичний центр «ВІЗУС»
(Запоріжжя, Україна)*

Актуальність. Відомо, що міопія розглядається як один з проявів синдрому недиференційованої сполучнотканинної дисплазії (СНДСТ). Частота виявлення міопічної рефракції при даному синдромі досить висока – від 36,2 % до 79,2 %. Торкаючись питання очних проявів сполучнотканинної дисплазії науковці звертають увагу як на наявність зовнішніх фенотипічних ознак (епікант, гіпертелоризм), так і на суто анатомо-оптичні ознаки ока – «плоску рогівку», збільшений кут передньої камери, однак не визначають конкретні значення офтальмологічних показників, що робить актуальним дане дослідження.

Мета. Визначити офтальмологічні критерії СНДСТ у дітей з набутою міопією.

Матеріал та методи. Дослідження зорового аналізатора проведено у дітей з міопією та наявністю СНДСТ, що склали I групу спостереження (44 дитини, 88 очей) та у дітей з міопією та без СНДСТ (40 пацієнтів, 80 очей) – II група. Середній вік пацієнтів в групах склав відповідно $9,7 \pm 0,18$ та $10,2 \pm 0,21$, ($p > 0,05$). Середні значення міопії становили: $-1,75 \pm 0,8$ дптр (I група) та $-1,64 \pm 0,7$ дптр (II група), ($p > 0,05$). Офтальмологічне обстеження включало візометрію, авторефрактокератометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, оптичну біометрію, оптичну когерентну томографію. Оцінку наявності фенотипічних ознак СНДСТ проведено згідно діагностичних критеріїв Т. Мілковска-Димитрова і А.