

гострота зору може суттєво варіювати: за даними літератури, її значення коливаються від 1,0 до світловідчуття, причому в частини пацієнтів можливе часткове покращення протягом наступних місяців. Попри можливі зміни гостроти зору в динаміці, вирішальним для функціонального прогнозу часто є характер і топіка дефектів поля зору. Периметричні порушення при цьому стані є варіабельними та потребують стандартизованої оцінки й коректного моніторингу.

Мета. Узагальнити типові патерни дефектів поля зору та їх динаміку при неартеріїтній ішемічній нейропатії зорового нерва за даними літератури.

Основна частина. Найбільш характерними для неартеріїтної ішемічної нейропатії зорового нерва є нижні дефекти поля зору. За даними літератури, вони спостерігаються у 55-80% випадків і представлені нижнім альтитудинальним або дугоподібним дефектом, які локалізуються нижче горизонтального меридіану. Їх поява пояснюється особливостями сегментарного кровопостачання диска зорового нерва: короткі задні циліарні артерії формують верхнє та нижнє півколо, які анастомозують у кільце Зінна-Галлера. Найчастіше ішемічне ураження виникає у верхньому півколі, що зумовлює формування нижнього дефекту в полі зору. У разі ураження обох півкіл формується дифузний або генералізований дефект, однак це трапляється рідше, у 8% випадків.

У близько 20-25% випадків описують центральні або цекоцентральні скотоми. Такі зміни зазвичай пов'язують з ураженням папіломакулярного пучка нервових волокон.

Окремо описують верхній альтитудинальний дефект, який за даними літератури зустрічається приблизно у 7-15% випадків.

Найчастіше дефекти комбінуються. Типовим є поєднання нижнього альтитудинального або дугоподібного відносного дефекту з нижньо-носовим абсолютним.

Динаміка змін поля зору також має практичне значення для прогнозу. За узагальненими даними, у 71% випадків дефекти поля зору залишаються без змін, у 19% спостерігається покращення, у 10% - погіршення з часом.

Висновки.

Периметричні порушення при неартеріїтній ішемічній нейропатії зорового нерва мають характер сегментарного ураження та проявляються різними, інколи комбінованими конфігураціями дефектів поля зору. Це підкреслює необхідність стандартизованої периметричної оцінки та динамічного моніторингу.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛАЗЕРНОГО ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРЕННЯ ІРІДОЦИЛІАРНОЇ ЗОНИ

Щербаківа В. В., Сафроненкова І. О., Гузун О. В.

*Державна установа «Інститут очних хвороб і
тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН
України», м. Одеса, Україна*

Актуальність. Пухлини іридоциліарної зони належать до рідкісних, проте клінічно значущих новоутворень увеального тракту, які часто характеризуються безсимптомним або малосимптомним перебігом на ранніх стадіях. Через приховану локалізацію та обмежені можливості візуалізації стандартними методами огляду такі новоутворення нерідко виявляються пізно, вже на етапі розвитку ускладнень або прогресування процесу. Це

зумовлює високий ризик помилкової або запізнілої діагностики та, відповідно, погіршення прогнозу для зору.

Мета. Представити клінічний випадок лазерного лікування новоутворення райдужної оболонки ока.

Матеріал і методи. У відділення лазерної мікрохірургії ока звернулася пацієнтка Т., 38 років, зі скаргами на деформацію зіниці на лівому оці та появу темної плями на райдужці лівого ока. Гострота зору обох очей становила 1,0. Внутрішньоочний тиск правого ока — 18,0 мм рт. ст., лівого — 17,0 мм рт. ст. Була отримана письмова інформована згода пацієнтки на використання її клінічних даних у публікації. Пацієнтку було поінформовано, що конфіденційні дані не будуть оприлюднені та будуть вжиті всі заходи для збереження анонімності. Для дообстеження лівого ока використовували офтальмоскопію, біомікроскопію, гоніоскопію, тонометрію за Маклаковим, інфрачервону діафаноскопію, ультразвукову діагностику переднього відділу ока.

При біомікроскопії на 3 годинах на райдужці визначалося безпігментне об'ємне утворення овальної форми, яке виступало у передню камеру та було пронизане тонкими судинами. При гоніоскопії кут передньої камери був закритий новоутворенням на 3 годинах, в усіх інших секторах — відкритий. Офтальмоскопія — без особливостей. При інфрачервоній діафаноскопії в райдужці на 3 годинах візуалізувалася тінь овальної форми, що поширювалася на цилиарне тіло. При ультразвуковому дослідженні на 3–4 годинах у райдужці визначалося об'ємне утворення середньої ехогенності дрібнозернистої структури овальної форми; площа новоутворення райдужки становила $4,2 \times 3,2$ мм, товщина — 2,8 мм. У цилиарному тілі визначався вузол середньої ехогенності розміром $2,1 \times 1,8$ мм.