

## КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЕКЗОТРОПІЇ

Бойчук І. М., Алуї Тарак

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

Косоокість – одна із головних причин зниження гостроти зору, розладів бінокулярного зору, зниження зорової працездатності у 2-3% дитячого населення України. Розбіжна косоокість зустрічається рідше (23%), ніж збіжна (72,2%) (K.Von Noorden, E.Campos, 2002) і відрізняється від інших видів тим, що для неї характерні зміни кута девіації при дослідженні в різний час доби, на різних відстанях (величина кута більша в далечинь або поблизу, або є лише вдалину - ексцес дивергенції, або тільки для близької відстані). Екзофорія часто перетворюється на екзотропію. Причинами екзофорії є вроджені або набуті аномалії у будові орбіт та очних яблук, аномалії прикріплення або розташування очних м'язів (Гончаренко Є.В., Мечева В.А., 2007, Кашенко Т.П., Поспелов В.І., 2005; Жукова О.В., 2012, Costenbader F.D., 1950, Buriann H.M., 1966).

Консервативне (ортоптичне) лікування розбіжної косоокості є тривалим і не завжди ефективним. Планування обсягу і термінів консервативного лікування та хірургічного втручання при розбіжній косоокості вимагає удосконалення методів діагностики моторної та сенсорної системи очей. У літературі є окремі повідомлення про вплив стану деяких вихідних функцій, таких як конвергенція, кут косоокості, наявність фузії, характеру бінокулярного зору - на результат хірургічного лікування розбіжної косоокості (Дзелзкалія І.Я., 1987, Hatt S.R. & al., 2014). Є окремі повідомлення про необхідність оцінки вергентної системи очей, зокрема, показника співвідношення АК/А при призначенні консервативного лікування косоокості (F.Rowe, 2005, A.Wong, 2008), але прогноз щодо результату хірургічного і консервативного лікування розбіжної косоокості вивчено недостатньо. Мета: визначити критерії успішного лікування розбіжної співдружньої косоокості залежно від стану зорових функцій до лікування.

Матеріал і методи. 110 хворих з співдружньою розбіжною косоокістю у віці 10-21 року, з них 51 хворий проліковано консервативно серед них 24 мали постійну екзотропію, а 27 періодичну. 59 хворих було прооперовано з них 32 були з постійною і 27 з періодичною екзотропією.

Гострота зору з корекцією складала в середньому ( $0,8 \pm 0,3$ ) у.о., рефракція в середньому була ( $0,95 \pm 2,8$ ) дптр від 0,25 до +6,25дптр була гіперметропічною 45% та від - 0,5 до - 5,5 була міопічною у 27%, астигматизм не перевищував 1,5 дптр у 28%. Частота різних форм первинної розбіжної співдружньої косоокості була такою: постійна у 43,65%(48), періодична у 57,85% (57), ексцес дивергенції у 4,5%(5).

Методи дослідження: візометрія для далекої і близької відстані, рефрактометрія, офтальмоскопія біомікроскопія. Клінічні методи дослідження макрорухів очей – дукції, верзії, положення очей в кардинальних позиціях погляду; далекої відстані - тест на проекторі HUVITZ CCP 3100. вергентної системи – найближчої точки конвергенції, співвідношення АК / А, ступеня гіпо / гіперфункція м'язів ( по К . Wright М . Parks ), фузії і бінокулярного зору (кольоротест, синоптофор, шкала Маддокса, стереозір – тест Ланга, Тітмус-стереофлай, поріг стереозору для далекої відстані - тест на проекторі HUVITZ CCP 3100. Методи лікування: ортоптичні процедури - розвиток злиття та амплітуди фузії- миготіння на синоптофорі, бінокулярні послідовні образи, апарат «Міраж», бівізіотренер, «Фіалка»; диплоптика: розвиток фузії за допомогою призм, електростимуляція зовнішніх прямих м'язів ока. При наявності амбліопії комплекс лікування включав: оптимальну корекцію медикаментозне, плеоптичне лікування та стимулюючи процедури. Хірургічне лікування екзотропії проводилося згідно існуючим правилам залежно від величини кута та виду екзотропії.

В процесі дослідження результатів консервативного лікування відмічено, що за наявність АК/А більше ніж ( $12,0 \pm 3,5$ ) пр.дптр/дптр, кут косоокості після лікування у хворих не зменшувався. Після ортоптичного лікування хворі були розділені на групи залежно від позитивного (зменшення кута косоокості до  $2,5 \pm 3,35$  пр.дптр) і негативного результату(зменшення кута косоокості до  $12,5 \pm 1,35$  пр.дптр). Для виявлення зв'язку показників стану зорових функцій, які вивчалися до лікування, що можуть вплинути на результат лікування – була проведена автоматична процедура множинної регресії покроковим методом. В процесі процедури було виявлено 4 основних показника від яких залежить позитивний результат консервативного лікування:НТК, величина амплітуди фузії на синоптофорі, АК/А, стереопоріг за тестом Ланга II. Встановлено, що початкові значення перед ортоптичним лікуванням таких показників як НТК , що дорівнює 5см і менше за нормальні, показник АК/А більший за нормальні величини, тобто ( $12,0 \pm 3,5$ ) пр.дптр/дптр, відсутність стереозору близької відстані є несприятливими факторами результату консервативного лікування екзотропії.