

---

in the age-adjusted mean deviation of the perimeter from the sample (PSD) and the ratio of the area of excavation to the area of the optic disc ( $p < 0,001$ ). The frequency of the minor T allele of the polymorphism Glu298Asp in POAG was 0.237, which did not differ from the population value ( $p = 0.343$ ), but in the stratification by sex, this difference was significant for men ( $p = 0.032$ ).

---

## **Топографічні особливості переднього сегменту ока у пацієнтів з різними механізмами закриття кута передньої камери**

Христич Л. А., Дмитрієв С. К.

*Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону*

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

**Актуальність.** Питання патогенезу закритокутової глаукоми, її пускових факторів та шляхів лікувальної тактики нерідко ставлять досить складний вибір перед офтальмологами і в наші дні. Глобальні епідеміологічні дані свідчать про зростання випадків сліпоти внаслідок закритокутової глаукоми на 17,6% з 30,6 млн в 1990-х рр до 36,0 млн в 2015 р. (Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, et al., 2017). Відсутність чіткої загальноприйнятої класифікації впливає на вибір методів лікування, термінів початку лікування і ефективних засобів профілактики. Закритокутова глаукома може бути первинною – в очах з анатомічною схильністю, і вторинною – внаслідок супутніх станів, що можуть призводити до закриття кута передньої камери. Найбільш поширені механізми закриття кута передньої камери – відносний зіничний блок і синдром пласкої райдужки. До менш поширених причин розвитку закриття кута передньої камери відносяться лентикулярні і ретролентикулярні механізми. Очевидно, що в деяких випадках при короткому передньо-задньому розмірі ока, мілкій передній камері та товстому кришталику основною причиною розвитку зіничного блоку є анатомічна невідповідність довжини ока та його внутрішніх структур, яка визначається спадковими факторами та посилюється з віком (Priestley Smith, 1887; Lowe R., 1970; Нестеров А. П., 1970; Пучковская Н. А., 1982 та ін.). Розуміння зв'язку між біометричними характеристиками очей і розвитком закритокутової глаукоми дозволить проводити вчасне патогенетичне і етіологічне лікування

**Мета.** Визначити топографічні особливості переднього сегменту очей у пацієнтів з різними механізмами закриття кута передньої камери.

**Матеріал та методи.** Під час дослідження було проведено офтальмобіометричну оцінку очей пацієнтів з закритокутовою глаукомою. Для морфофункціонального аналізу застосовувались наступні методи: оптична біометрія, гоніоскопія, оптична когерентна томографія переднього сегменту ока, томографія переднього сегменту ока за допомогою шемпфлюг-камери. За допомогою оптичної біометрії вимірювалась товщина і кривизна рогівки, глибина

---

передньої камери, товщина кришталіка і аксіальна довжина ока. Гоніоскопія дозволяє диференціювати апозиційне і синехіальне закриття кута передньої камери, профіль периферичної частини райдужки, рівень її прикріплення, наявність псевдоексфоціацій і патологічної пігментації структур кута передньої камери. Оптична когерентна томографія та томографія за допомогою шеймпфлюг-камери дозволяє об'єктивно візуалізувати передній сегмент ока, виявити наявність іридотрабекулярного контакту, рівень прикріплення і профіль райдужки, виміряти глибину, об'єм, площу передньої камери, кут передньої камери, відстань від трабекули до циліарних відростків, площу між трабекулярною зоною та райдужкою. Оптична біометрія проводилась на приладі Lenstar LS 900, оптична когерентна томографія на приладі Topcon Triton plus, шеймпфлюг-томографія на приладі Pentacam axl.

**Результати.** Топографічні особливості очей з закритокутовою глаукомою мали схожі характеристики: зменшення передньо-заднього розміру, сплюснення рогівки, зменшення глибини передньої камери, звуження кута передньої камери, зменшення іридотрабекулярної дистанції і площі на відстані 750 мкм від кореня райдужки (ARA 750, TISA 750), більш переднє розташування кришталіка і збільшення його товщини, зміна конфігурації вигину райдужної оболонки. В залежності від механізму закриття кута передньої камери анатомо-топографічні особливості будови переднього сегменту мали певні особливості.

**Висновки.** Розвиток прижиттєвих методик оцінки кута передньої камери та візуалізації структур переднього сегменту ока дозволяють визначити ступінь їх залучення до патологічного процесу і пускові механізми розвитку закриття кута передньої камери.

## **Topographic features of the anterior eye segment in patients with different mechanisms of angle-closure glaucoma**

Khrystych L. A., Dmytriev S. K.

*Military Medical Clinical Center of the Central Region*

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

Pathogenesis of angle-closure glaucoma, its triggers and treatment options are difficult for ophthalmologists today. During the study, in patients with angle-closure glaucoma we found that the eyes have certain topographic features of the structure of the anterior segment: a decrease in the depth and volume of the anterior chamber, thickening of the lens, flattening of the cornea, thickening of the iris root, anterior position of the ciliary processes, and a decrease in the iridotrabeular distance.

---

---