

тампонади вітреальної порожнини перфторорганічною сполукою (ПФОС) з подальшим розправленням сітківки та ендолазерною коагуляцією по краю ретинотомії. У всіх випадках після заміни «ПФОС-повітря» операція завершувалась введенням силіконового масла в'язкістю 5700 cSt. Ефективність лікування оцінювалась за досягненням анатомічного прилягання сітківки та покращенням гостроти зору.

Результати. Перебіг інтраопераційного періоду був без ускладнень. Через 1 місяць після оперативного втручання офтальмоскопічно визначався сформований хоріоретинальний рубець із депігментацією по краю зони ретинотомії; сітківка прилягала. МКГЗ становила 0.17 (Median (Q_{low} - Q_{up}) 0.02-0.35). Через 3 місяця у двох випадках було успішно видалено силіконове масло без розвитку ускладнень.

Висновки. Проведення вітреоретинального хірургічного втручання з виконанням радіальної релаксуючої ретинотомії забезпечило анатомічне прилягання сітківки та сприяло досягненню позитивних функціональних результатів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФОРМУЛ, ЗАСНОВАНИХ НА ШТУЧНОМУ ІНТЕЛЕКТІ, ДЛЯ РОЗРАХУНКУ ОПТИЧНОЇ СИЛИ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ

Хачатрян А. П., Денисюк Л. І.

КМКОЛ «Центр Мікрохірургії Ока», Київ, Україна

Вступ. Незважаючи на розвиток сучасних біометричних технологій, досягнення точної цільової рефракції після факоемульсифікації катаракти залишається клінічним викликом.

Мета. Порівняти точність формул для розрахунку оптичної сили інтраокулярних лінз на основі штучного інтелекту (Barrett Universal II, Kane, Hill-RBF) з класичними формулами (SRK/T, Haigis, Holladay 1).

Матеріали та методи. Проаналізовано 240 очей після стандартної факоемулсифікації. Оцінювали середню абсолютну рефракційну похибку через 4–6 тижнів після операції.

Результати. Формули Kane та Hill-RBF продемонстрували найменшу середню абсолютну похибку ($0,29 \pm 0,18$ дптр), що було статистично достовірно краще порівняно з SRK/T ($0,46 \pm 0,28$ дптр, $p < 0,05$).

Висновки. Формули, засновані на ШІ, забезпечують вищу точність та повинні розглядатися як метод вибору при плануванні рефракційної катарактальної хірургії.

ЗМІНИ ПОЛЯ ЗОРУ ПРИ НЕАРТЕРІЙНІЙ ІШЕМІЧНІЙ НЕЙРОПАТІЇ ЗОРОВОГО НЕРВА

Чабан М. Ю.

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

Актуальність. Неартеріїтна ішемічна нейропатія зорового нерва є однією з найчастіших причин гострого ураження зорового нерва у пацієнтів старше 50 років і друга за частотою причина постійної втрати зору після глаукоми. Клінічно захворювання зазвичай дебютує раптовим безболісним, переважно однобічним зниженням зору. Двобічні випадки трапляються рідко й частіше асоціюються з тяжкою системною гіпотензією або зовнішніми чинниками. Уже при первинному зверненні

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.