**Волкова Тетяна Михайлівна. Ефективність модифікованого методу переважної фіксації погляду при візометрії дітей раннього віку : дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України. - О., 2006**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Волкова Т.М. Ефективність модифікованого методу переважної фіксації погляду при візометрії дітей раннього віку. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.18 – офтальмологія. – Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України, Одеса, 2006.Дисертація присвячена актуальній проблемі об’єктивізації візометрії дітей раннього віку як здорових, так і з неврологічними і офтальмологічними захворюваннями. Визначено напрями удосконалення традиційного методу переважної фіксації погляду (ТМ ПФП). Розроблені і запропоновані нові тестові оціночні карти із стушованими контурами і закругленими кутами тестових полів і приладове забезпечення для модифікованого метода переважної фіксації погляду (ММ ПФП), використання яких значно підвищує об’єктивність і точність інформації з оцінки гостроти зору при значному скороченні затрат часу на дослідження кожної дитини. Одержані нові дані про строки формування макулярного і фовеолярного рефлексів, які співставлені з темпами розвитку гостроти зору у здорових дітей до 2 років. Застосування модифікованого метода ПФП забезпечує зменшення затрат часу на дослідження гостроти зору кожної дитини у порівнянні з ТМ ПФП на 16,2%, з методом реєстрації ОКН (МР ОКН) – на 40,6% та з використанням таблиці Орлової (МВДТ Орлової) на 14,4%. Визначені можливості використання різних методів для визначення гостроти зору дітей раннього віку – здорових, з невропатологією та з офтальмопатологією, які складають відповідно для модифікованого М ПФП – 100; 98,6; 100%; для МР ОКН – 100; 83,1; 100%; для МВДТ Орлової– 70; 41,9; 88,3% від кількості дітей, що підлягали дослідженню. Визначені для модифікованого М ПФП фізіологічні значення гостроти зору здорових дітей від 1 до 48 місячного віку, які пропонується використовувати як нормативні при формуванні груп ризику розвитку косоокості, амбліопії, порушень бінокулярних функцій тощо. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Проблема об’єктивізації візометрії дітей раннього віку обумовлює необхідність удосконалення існуючих і розробки нових методів оцінки гостроти зору, а також вивчення її зв’язку із строками формування макулярних світлових рефлексів, а тому є актуальною задачею сучасної дитячої офтальмології.2. Запропонована модифікована методика візометрії у дітей раннього віку на основі методу переважної фіксації погляду, яка включає: оціночні карти із стушованими контурами і закругленими кутами тестових полів, об’єктивну реєстрацію спрямованості погляду дитини і часу його фіксації.3. Показані офтальмоергономічні переваги модифікованого метода переважної фіксації погляду, які дозволяють скоротити час дослідження в середньому у порівнянні з: традиційним методом переважної фіксації погляду –на 16,2%; методом реєстрації оптокінетичного ністагму – на 40,6%, при застосуванні таблиці Орлової – на 14,4%.4. Модифікований метод переважної фіксації погляду однаково ефективний з методом реєстрації оптокінетичного ністагму у 100 % здорових дітей та дітей з аномаліями рефракції і співдружньою косоокостю у віці від 1 до 48 місяців; у дітей з перинатальною енцефалопатією, запропонований метод зберігає високу ефективність у 98,6%, а метод реєстрації оптокінетичного ністагму лише у 83,1% дітей.5. Доповнені наукові дані про взаємозв’язок розвитку гостроти зору із строками формування макулярних світлових рефлексів і встановлено, що перші проявлення макулярного рефлексу відмічаються у віці 4 місяців при гостроті зору 0,04 і завершується його формування у 7 місяців при гостроті зору 0,09, а фовеолярного – починаються в 9 місяців при гостроті зору 0,17 і завершується формування, в середньому, в 14 місяців при гостроті зору 0,28.6. Уточнені дані про те, що наявність у дітей раннього віку аномалій рефракції і співдружньої косоокості призводить до зниження щомісячних темпів приросту гостроти зору, в середньому, на 36,6%, зменшенню абсолютних значень гостроти зору, в середньому, на 35,2%, а наявність перинатальної енцефалопатії призводить до відставання гостроти зору на 53,1%.7. Використання модифікованого метода переважної фіксації погляду для об’єктивної візометрії дозволило визначити фізіологічні норми гостроти зору дітей раннього віку, які становлять: в 1 місяць – 0,02; 3 місяці – 0,04; 6 місяців – 0,09; 9 місяців – 0,17; 12 місяців – 0,23; 15 місяців – 0,28; 18 місяців – 0,34; 21 місяць – 0,36; 24 місяці – 0,46; 30 місяців – 0,57; 36 місяців – 0,71; 42 місяці – 0,81; 48 місяців – 0,94. |

 |