

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ  
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

**МАТЕРІАЛИ**

**3-го НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ**

**За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука**

**Чернівці, 2012**

Саволук С.І., Мойсюк В.І., Козак І.О., Козак Л.І., Резніков О.І. Органозберігальне втручання з приводу колото-різаних ран селезінки (експериментальне дослідження).....	174
Семеняк А.В., Ніцович І.Р., Приймак С.Г. Лікування жінок з хронічним трихомоніазом.....	174
Сикирицька Т.Б., Кучук О.П., Бірюк І.Г. Використання когнітивної модуляції для підвищення гостроти зору.....	175
Скрут А.О. Активність супероксиддисмутази і каталази в легенях у динаміці алергічного альвеоліту та пневмонії в експерименті.....	177
Сливка Н.О., Плеш І.А., Череватенко В.О., Букатару Ю.С., Романенкова С.В., Троян А.М. Особливості застосування сучасної гепатопротекторної терапії у хворих на цироз печінки.....	177
Смирнов С.Н., Лопастинский Н.Н., Кувенёва М.Л., Власенко И.М. Изменения электролитного состава желудочного сока под влиянием эпихлоргидрина и возможность их коррекции экстрактом эхинацеи пурпурной в эксперименте.....	180
Султан Р.Я., Матешук-Вацеба Л.Р., Галюк У.М. Кровообігання язика щура.....	181
Топка Е.Г., Шарапова О.М. Вплив електромагнітного поля низької частоти на внутрішні статеві органи в експерименті.....	181
Туркин Р., Киروشка Л.И., Гузун Г., Катеренюк И.М., Топор Б.М. Применение шовного материала арахнопиафилума в условия эксперимента.....	182
Тян О.В. Лапароскопічне дослідження жіночих статевих органів при ендокринній безплідності у жінок з вузьким тазом.....	183
Федченко Н.Н., Федченко Н.П., Гарец В.И. Недостаточность транспортно-фильтрационных систем стромы предшествует патогенезу большинства заболеваний.....	184
Федченко С.Н. Морфологическая характеристика эндокринных клеток желудка при хронической эндогенной интоксикации.....	184
Федченко С.Н., Кондаурова А.Ю. Ультраструктура и стереология эпителиоцитов желудка после введения золедроновой кислоты и ее комбинации с гидрокортизоном в эксперименте.....	186
Хачина Т.В. Индивидуальные и региональные особенности кровообігання восходящей аорты.....	187
Цивковский А.А. Ультраструктура паравазальных нервов двенадцатиперстной кишки крысы.....	188
Цисар Ю.В., Андрієць О.А. Лікування і профілактика маткових кровотеч при патологічному перебігу пубертатного періоду.....	189
Черкасов Е.В. Модифікація структури тимуса при лікуванні опікової хвороби внутрішньовенними інфузіями лактопротеїну-с в експерименті.....	190

# ВИКОРИСТАННЯ КОГНІТИВНОЇ МОДУЛЯЦІЇ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ

*Т.Б.Сикирицька, О.П.Кучук, І.Г.Бірюк*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Зоровий аналізатор зв'язаний з організмом значною кількістю анатомічних і фізіологічних механізмів, тому часто загальні захворювання спричинюють функціональні або морфологічні зміни органа зору. Велика кількість патологічних змін в оці – це прояв загальних або системних захворювань. Стан гостроти зору і поля зору забезпечує візуальне сприйняття предметів, орієнтацію в просторі і дозволяє дати функціональну характеристику зорового аналізатора при професійному відборі, огляді військовослужбовців, експертизі працездатності, в наукових дослідженнях. Проблема амбліопії вельми актуальна з медико-соціального погляду. Для їх вирішення в сучасній офтальмології активно використовуються оптична корекція та різноманітні плеоптичні програми. На даний час у практичній медицині широко залучають методи лікування, які використовують прийоми зовнішнього зворотного зв'язку. Перспективним у цьому напрямку є метод когнітивної модуляції гостроти зору, який здійснюється за допомогою апаратного комплексу „Амбліокор”. В його основі лежить відео-комп'ютерний аутотренінг, який сприяє відновленню контролю нервової системи за процесами зорового аналізатора та посилює властивість головного мозку відновлювати чіткість зорового зображення.

**Матеріал і методи.** Нами проведений комплексний аналіз даних 32 дітей (контрольна група) з амбліопією різного генезу, які отримали традиційне плеоптичне лікування, та 85 дітей (дослідна група), яких лікували з використанням апаратного комплексу „Амбліокор” офтальмологічної амбулаторії „Оптика люксор”. Вік дітей контрольної та дослідної груп становив 3-17 років. Серед 32 дітей контрольної групи (13 хлопчиків, 19 дівчаток) було виявлено 17 дітей (53%) з рефракційною амбліопією, 13 (41%) – з дисбінокулярною та 2 (6%) – з обскураційною амбліопією. При обстеженні даної групи амбліопію слабого ступеня спостерігали у 16 (50%) дітей, середнього – 9 (29%), високого – 5 (15%), дуже високого – 2 (6%). Плеоптичне лікування включало різні види фотостимуляції, кольоростимуляції, лазеростимуляції. У всіх пацієнтів до та після лікування визначали гостроту зору. В офтальмологічній амбулаторії апаратне лікування на комплексі «Амбліокор» пройшли 85 дітей дослідної групи з амбліопією різного генезу: з рефракційною амбліопією було 67 (78%) дітей, з дисбінокулярною – 16 (19%), з обскураційною – 2 (3%). Залежно від виду та ступеня амбліопії термін лікування на апараті „Амбліокор” становив 10-15 сеансів. При виборі режиму лікування особливу увагу приділяли виду рефракції. При виявленні міопічної рефракції та змішаного астигматизму використовували режим «релаксація», а при гіперметропічній рефракції та гіперметропічному астигматизмі – режим «активація». Гостроту зору визначали за таблицями Сивцева-Головіна, Орлової та за кільцями Ландольта

без корекції та з оптичною корекцією. Показники гостроти зору в дітей дослідної групи використовували як контроль ефективності лікування. Нами проведений аналіз результатів лікування 85 дітей (35 хлопчиків, 50 дівчаток) на апаратному комплексі „Амбліокор” через 3 та 6 міс. після сеансів. У дослідній групі дітей амбліопія слабкого ступеня спостерігалася у 42 (49%) дітей, середнього – 28 (33%), високого – 12 (14%), дуже високого – 3 (4%).

**Результати дослідження.** У дітей, які отримували плеоптичне лікування середня гострота зору без корекції підвищилася на 0,05, а з корекцією – на 0,15. Відповідно змінилася структура амбліопії за ступенями. Так, амбліопія дуже високого ступеня зменшилася вдвічі (з 6 до 3%), високої – в 1,5 раза (з 15 до 19%), середнього – вдвічі (з 29 до 14%), а частка амбліопії слабкого ступеня збільшилася в 1,5 раза (з 50 до 74%). Аналізуючи дані у дітей, які лікувалися на комплексному апараті „Амбліокор”, можна констатувати, що середня гострота зору без корекції збільшилася на 0,3, а з корекцією – на 0,45. У результаті комплексного лікування середня гострота зору підвищилася з  $0,2 \pm 0,15$  (до лікування) до  $0,65 \pm 0,3$  (після лікування). Через 3 міс. після апаратного лікування у 74% дітей гострота зору збереглася попередньою, а через 6 міс. підвищилася на 68%. В інших випадках зниження гостроти зору без корекції та з оптичною корекцією коливалося з 0,05 до 0,4. У більшості випадків це були діти з обскураційною або дисбінокулярною амбліопією дуже високого та високого ступеня, що, на нашу думку, пояснюється наявністю неправильної (нецентральної) фіксації, відсутністю постійного носіння корекції при однобічному ураженні.

**Висновки.** 1. Дане дослідження підтверджує необхідність пошуку нових методів лікування амбліопії із застосуванням сучасних технологій. 2. Метод когнітивної модуляції гостроти зору дозволяє у більшості пацієнтів (68-74%) стабілізувати зорові функції на достатньо високому рівні. 3. Перевага методу відео-комп'ютерного аутотренінгу полягає у відсутності протипоказань, технічній простоті процедури та позитивній результативності. 4. Незважаючи на використання сучасних методів плеоптики, лікування амбліопії потребує подальшого удосконалення. 5. Одержані результати є науковим підґрунтям для подальшого вивчення впливу когнітивної модуляції для підвищення гостроти зору у дітей з інтенсивним зоровим навантаженням.