

РОЛЬ ОПТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В РОЗВИТКУ АМБЛІОПІЇ

Бруцька Л. А.

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

Одним із найпоширеніших очних захворювань дитячого віку є амбліопія. За даними світової літератури від 1 до 10% дітей хворіють цією патологією. Великих успіхів в реабілітації таких дітей досягла сучасна офтальмологія.

Некоригована аметропія є причиною не тільки зниження гостроти зору, порушення функції м'язово-акомодаційного апарату ока, але і проявом неврозів, затримкою загального розвитку дітей та інше. Це зумовлює необхідність своєчасної раціональної її корекції. Тому проблема аномалій рефракції ока має медико-соціальний аспект.

Мета. Вивчити частоту зустрічаємості аномалій рефракції при амбліопії.

Матеріал та методи. На фоні оптимальної окулярної корекції після проведення триденної атропінізації враховувалась гострота зору дітей у віці від 3 до 15 років з фовеальною фіксацією амбліопічного ока. По класифікації Е.С. Аветисова слабка ступінь амбліопії відмічалась при гостроті зору 0,4-0,8, середня- 0,2-0,3, висока – 0,05-0,1, дуже висока – 0,04 і нижче. Методи дослідження: візометрія, рефрактометрія, визначення кута косоокості за Гиршбергом, характеру бінокулярного злиття на синоптофорі та кольоровому пристрої, характеру фіксації на ортоптоофтальмоскопі.

Результати. Серед дітей, які були під спостереженням, гіперметропія відмічалась в 18,9% випадків, змішаний астигматизм в 18,9%, міопічний астигматизм в 9,1%. На амбліопічних очах переважав гіперметропічний астигматизм в 53,1% випадків. У дітей вже в ранньому віці виникає функціональна залежність як між оптичним і рухливим апаратами, так і обома половинами зорового аналізатора. Це диктує необхідність своєчасної раціональної корекції аметропій. При ранньому виникненні косоокості значно трудніше відновити втрачені зорові функції.

За видом амбліопії розподіл був наступним: рефракційна в 59,4% випадків, дисбінокулярна в 38,5%, анізетропічна в 2,1%. При слабкому розвитку в зоровому аналізаторі факторів, що регулюють адаптацію, та відсутності додаткових необхідних допоміжних засобів (раціональна корекція анізетропії та астигматизму), що покращують адаптацію, створюються додаткові труднощі для адаптаційного механізму, що сприяє прискоренню розвитку амбліопії.

Своєчасне виявлення та лікування амбліопії може, по суті, покращити гостроту зору, вплинути на оптомоторний процес біокулярного зору.

Правильність корекції аметропій необхідна для проведення ефективних реабілітаційних заходів та попередження інвалідності дітей при амбліопії. Серед хворих слабка ступінь амбліопії спостерігалась в 56,6% випадків, середня- 30,1%, висока – 13,3%. При ранньому виникненні косоокості значно трудніше відновлювати втрачені зорові функції. Аномалії рефракції зумовлюють необхідність постійного використання корекції. Це виключить прояв тяжких наслідків, що неминуче виникають при некоригованих аметропіях, особливо астигматичних.

Заключення. На амбліопічних очах частіше спостерігається гіперметропічний астигматизм. Рання оптична корекція дозволяє не тільки оптимально відкоригувати, але і використовувати її з метою профілактики формування амбліопії та досягнення максимально можливих зорових функцій на різних етапах розвитку зорового аналізатора.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ МІОПІЧНОЇ РЕФРАКЦІЇ

Бруцька Л. А.

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

Відомо, що в структурі захворюваності органу зору ведуче місце займає міопічна рефракція. Проблема діагностики та корекції міопії є актуальною, у зв'язку з суттєвим зниженням некоригованої гостроти зору вдалину та виникненням характерних астенотичних скарг. Тому раціональна корекція зору пацієнтів має як медичне, так і соціальне значення та входить до загального завдання лікувально-оздоровчого комплексу дітей та підлітків.

Мета: виявити клінічні особливості міопії і міопічного астигматизму.

Методи. Досліджено 27 пацієнтів (54 ока) з міопією та астигматизмом на обох очах без супутньої очної патології, кожному з яких було виконано стандартне офтальмологічне дослідження, яке включало збір анамнезу, авторефрактометрію, візометрію та офтальмоскопію. Некоригована гострота зору вдалину в середньому склала 0.62 ± 0.02 відн. од. Сферичний компонент рефракції склав 0,5–1,5 дптр, астигматичний – від 0,25 до 2,5 дптр. Гострота зору з корекцією відповідала 1,0 по таблицям Шевальова.

Результати. З числа опитуваних 60% користуються окулярами. При цьому аналіз величини астигматичної міопічної рефракції показав, що найчастіше зустрічаються слабкі (до 2.0 D - 75 %) величини,