

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,

явний астигматизм (більше 2.0 D) відмічається в 25 % випадків. Наряду з цим, при простому міопічному астигматизмі визначається тенденція частішого поширення прямого астигматизму, при цьому гострота зору залишається достатньо високою.

Аномалії рефракції зумовлюють необхідність постійного коригування, так як при відсутності додаткових допоміжних засобів створюються труднощі для адаптаційного механізму. Значну роль при цьому відіграє правильний підбір оптичної корекції. У 75 % досліджуваних були характерні астенопічні скарги. При міопії для вирішення акомодативних завдань для близької відстані фокусування здійснюється з найменшими затратами акомодатії, тому при виборі оптимальної корекції для близької відстані пацієнтам з міопією необхідний індивідуальний підхід.

В періоді росту ока особливо необхідні систематичні дослідження клінічної рефракції, а при її аномаліях використання корекції. Це виключить прояв тяжких наслідків, які неминуче виникають при некоригованих аметропіях, особливо астигматичних.

Висновки. У людей з астигматичною міопічною рефракцією частіше зустрічаються слабкі величини астигматизму. При міопії необхідна оптимальна корекція для збереження зорової працездатності та досягнення рівня професійної здатності.

Наявність у пацієнта зорово-напруженої праці з міопією потребує проведення оптимальної корекції для збереження зорової працездатності та досягнення рівня професійної надійності.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОКУЛЯРНОЇ КОРЕКЦІЇ АМЕТРОПІЙ

Бруцька Л. А.

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

Оскільки основними причинами, що наводять до зниження гостроти зору у дітей є рефракційні порушення, то це диктує необхідність раціональної їх корекції. Характеризуючи дану проблему, необхідно відмітити, що часто труднощі виникають у дітей в ускладнених і нестандартних випадках, у зв'язку з пізнім зверненням.

Найбільша чутливість зорової системи людини до обмеження предметного зору протягом перших років життя обумовлюють необхідність ранньої лікувально-профілактичної роботи. Недосконалість оптичної системи, особливо при анізометропії, приводить до порушень функції моторно-сенсорної системи. При порушенні бінокулярного зору та бінокулярної взаємодії систем динамічної рефракції може розвинути косоокість. Зниження зору, поява косоокості, безумовно, пов'язано з частковим виключенням зорового сенсорного сигналу.