
в середньому не більше тижня. Варто зазначити, що в цю групу увійшли молодші пацієнти з більшим ступенем короткозорості. Обидва фактори за даними СОМЕТ є незалежними факторами прогресії короткозорості. Через рік користування лінзами (MiOria) спостерігалось незначне сповільнення росту аксіального розміру ока ($\Delta +0.57.9$ мм), однак збільшення обсягу акомодациї було статистично мізерним ($\Delta +2.3$ Д).

Висновки: ортокератологічні лінзи затримують прогрес короткозорості, ми не виявили відмінностей в ефективності контролю міопії з лінзами різної оптичної зони. Найбільша прогресія короткозорості відзначалася серед групи пацієнтів, котрим корекція міопії за допомогою м'яких контактних лінз MiOria. Однак, дана група пацієнтів була не великою та не є репрезентативною порівняно з групами пацієнтів, що користувалися ортокератологічними лінзами Paragon. Необідні подальші спостереження зі збільшенням чисельності та термінів нагляду.

Evaluation of myopia control by night ortho lenses Paragon and daily soft contact lenses MiOria

Averyanova O. S., Balanuk O. O., Prokhvachova O. S., Savinets T. B.

Medical center АЙЛАЗ, Kyiv, Ukraine

The article mentions the results of ortho lenses with optical zones of different diameter and soft contact lenses for myopia control «MiOria» usage for myopia control. High effectiveness of ortho lenses usage is demonstrated. The patient group that has worn the soft contact lenses «MiOria» has shown bigger myopia progression. However, this group had had bigger risks of myopia progression to begin with.

Міопізація очей з вродженими зонулярними катарактами при несвоєчасній хірургії (попереднє дослідження)

Боброва Н. Ф., Троніна С. А., Дембовецька Г. М., Романова Т. В., Довгань О. Д.

ДУ "Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України" (Одеса, Україна)

При зонулярних (ламельярних) вроджених катарактах помутніння кришталика займають певні його зони. Такі катаракти є найбільш поширеними серед вроджених катаракт дитячого віку,

зазвичай бінокулярні з симетричними та стаціонарними помутніннями кришталика у вигляді кілець між ядром та кортикальними масами (Боброва Н.Ф., Віт В.В., 2006). Така будова зонулярних катаракт забезпечує дитині, як правило, достатньо високу залишкову гостроту зору, тому оперативне втручання, зазвичай, не проводиться у ранньому віці, а рекомендується при зниженні зору до 0,25-0,3 і нижче (Боброва Н.Ф., 2012).

Оптичний результат хірургії вроджених катаракт залежить від типу катаракти (Боброва Н.Ф., 1988), якості та об'єму хірургічного втручання (одномоментна імплантація ІОЛ у віці старше 3-х років) (Боброва Н.Ф., 2003; Trivedi, Wilson, 2005; Vasavada et al. 2003; Zetterstrom et al. 2005), плеоптичного лікування, а також строків здійснення втручання, що запобігає розвитку амбліопії. Однак з'явилися поодинокі дослідження, які вказують на можливість розвитку деприваційної міопії внаслідок вроджених катаракт (Rasooly, BenEzra, 1988).

Мета – вивчити ймовірність розвитку деприваційної міопії на очах з вродженими катарактами у дітей при несвоєчасній хірургії.

Матеріали та методи. Загальноофтальмологічне обстеження та хірургічне лікування проведено 30 дітям у віці від 9 місяців до 16 років (в середньому $7,09 \pm 3,3$ років) (51 око) з вродженими катарактами. Бінокулярні катаракти спостерігались у 24 дітей (80 %), монокулярні – у 6 (20 %). Найбільш часто в досліджувальній групі - у 20 дітей (66,7%), спостерігались зонулярні катаракти, у 4 дітей (13,3%) - атипові, у 4 дітей (13,3%) - задній лентіконус та у 2 (6,7%) ядерні катаракти. Спадковий характер мав місце у 8 дітей (26,7%). Оперативне втручання проведено в віці до 3 років на 5 очах (9,8 %), 3-6 років – на 17 очах (33,3 %), 6-10 років – на 15 очах (29,4 %) та старше 10 років – на 14 очах (27,5%). Видалення катаракти здійснювалось під загальною анестезією методом факоаспірації з переднім, за показаннями - заднім капсулорексисом, та передньою вітректомією із одномоментною імплантацією ІОЛ.

Результати. Доопераційна гострота зору катарактальних очей була значно знижена та в середньому дорівнювала $0,1 \pm 0,06$, в віковій групі до 3 років - не перевищувала світловідчуття, 3-6 років – $0,06 \pm 0,04$, 6-10 років – $0,11 \pm 0,05$ та старше 10 років – $0,15 \pm 0,1$. Внутрішньоочний тиск на всіх очах був в межах фізіологічної нор-

ми. УЗ-біометрія очей з біокулярними вродженими катарактами показала, що ПЗРО в віковій групі до 3 років коливалась від 20,4 до 24,1 мм, в середньому дорівнювала $23,1 \pm 1,1$ мм, 3-6 років - від 21,6 до 24,8 мм, в середньому $22,3 \pm 1,4$ мм, 6-10 років - від 22,2 до 25,9 мм, в середньому $24,1 \pm 0,9$ мм, та старше 10 років - від 23,9 до 26,6, в середньому $23,09 \pm 1,65$ мм. Отримані дані показали, що ПЗРО при біокулярних катарактах перевищували вікові норми розмірів очного яблука на 1,1-2,6 мм (в середньому на $1,86 \pm 0,57$ мм). При монокулярних вроджених катарактах ПЗРО катарактального ока перевищував розмір парного здорового ока на 1,3 - 4,2 мм, (в середньому на $2,63 \pm 1,05$ мм). Глибина передньої камери коливалась від 2,5 мм до 3,6 мм (в середньому $3,1 \pm 0,2$ мм). Товщина кришталіка коливалась незначно, та в середньому дорівнювала $3,8 \pm 0,45$ мм. Показники кератометрії коливались від 42,2 D до 47,7 D (в середньому дорівнювали $44,7 \pm 3,5$ D). Рефракцію катарактальних очей вдалося встановити лише в 6 випадках, вона була міопічною та коливалась від -2 до -18 D.

Оптична сила імплантованої ІОЛ була спрямована на досягнення еметропічної рефракції, коливалась від 10,0 D до 25,0 D, в середньому дорівнювала $17,58 \pm 1,97$ D, в віковій групі до 3 років від 18,0 до 25,0 D (в середньому $20,0 \pm 2$ D), 3-6 років - від 16,0 до 23,0 D (в середньому $18,0 \pm 1,7$ D), 6-10 років - від 10,0 до 20,5 D (в середньому $16,9 \pm 2,3$ D), та старше 10 років - від 11,0 до 20,0 (в середньому $16,8 \pm 1,9$ D).

Після операційного втручання гострота зору псевдофакічних очей підвищилась в усіх випадках, в віковій групі до 3 років з'явився формений зір, 3-6 років досягла $0,17 \pm 0,1$, 6-10 років - $0,32 \pm 0,17$ та старше 10 років - $0,3 \pm 0,17$. Віддалені результати (від 2 місяців до 10 років) досліджені на 35 очах. У переважній більшості - на 31 оці (88,6 %) гострота зору збільшилась, сягаючи (у випадках залишкової міопії з оптимальною корекцією) в середньому $0,44 \pm 0,2$, у віці до 3х років - формений зір, 3-6 років - $0,45 \pm 0,22$, в групі 6-10 років - $0,44 \pm 0,2$ та старше 10 років - $0,43 \pm 0,17$.

Обговорення. Зазвичай у нормі очі дітей в період раннього рефрактогенезу мають слабку гіперметропічну рефракцію (Трон Є.Ж., 1947).

Наші дослідження показали, що в усіх вікових групах дітей із вродженими зонулярними неоперованими катарактами при низькій (0,1-0,17) залишковій гостроті зору, навіть, у наймолодшій (до 3-х років) групі, було зафіксовано збільшення ПЗРО у порівнянні з віковими нормами, що, в свою чергу, обумовлювало формування міопічної рефракції катарактального ока. Отримані дані можуть свідчити або про задіяння пристосувальних адаптаційних механізмів (Кошиц І.Н., Светлова О.В., 2007-2011), або бути результатом ретинального периферичного дефокуса (Hung, Ciuffreda, 2003), що приводить до збільшення ПЗРО внаслідок деприваційного впливу. Які механізми впливають на рефрактогенез катарактальних очей ще належить з'ясувати.

Висновки. Встановлений факт збільшення ПЗРО з формуванням деприваційної осьової міопії на очах дітей з вродженими катарактами при зниженні гостроти залишкового зору до 0,1-0,17. Для попередження розвитку деприваційної міопії на очах з вродженими зонулярними катарактами необхідно здійснювати більш ранні операції по видаленню катаракти.

Myopization of the eyes with congenital zonular cataracts in case of untimely surgery (preliminary study)

Bobrova N. F., Tronina S. A., Dembovetska G. M., Romanova T. V., Dovhan O.D.

State Institution "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (Odesa, Ukraine)

The paper studied the probability of deprivation myopia development on eyes with congenital cataracts in children in cases of untimely surgery. 30 children aged 9 mo-16 years (average 7.09 ± 3.3 years) (51 eyes) with congenital cataracts were examined and operated on. Our study showed that in all age groups of children with congenital zonular non-operated cataracts with low (0.1-0.17) residual visual acuity, even in the youngest (younger than 3 years) group, the axial length increase compared to age norms was noted, which, in turn, determined the myopic refraction formation of the cataract eye. The obtained data may indicate the involvement of different adaptation mechanisms, which leads to the axial length increase. So, it is necessary to perform earlier cataract removal surgery to prevent the deprivation myopia development on the eyes with congenital zonular cataracts,
