

значуще підвищилася з $0,11 \pm 0,06$ до $0,25 \pm 0,10$ ($p=0,0001$). Аналіз даних ОКТ-ангіо по групам фовеозберігаючої та класичної методик макулярного пілінгу не виявив різниці в показниках мікроциркуляції сітківки та хоріокапілярів по групам.

Висновки. Утворення ІРМ супроводжується порушенням мікроциркуляції в хоріокапілярах, але після вітректомії, за умови його закриття, функціонування хоріокапілярів відновлюється, зокрема, щільність перфузії хоріокапілярів збільшується до нормальних величин. Методика оперативного втручання, а саме особливості видалення ВММ, не впливає на післяопераційне відновлення щільності перфузії хоріокапілярів.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТУПЕНЕМ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ Д ТА ДИНАМІКОЮ РОЗВИТКУ МІОПІЇ У ДІТЕЙ

Венгер А. Ю., Коновалова Н. В., Бурдейний С. І.

Одеський Національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Міопія залишається нагальною проблемою у галузі дитячої офтальмології, особливо у контексті постійного зростання кількості короткозорих дітей. Цей тенденційний ріст, зокрема, став помітнішим у зв'язку із вимушеним переходом на онлайн навчання в останні роки, викликаним епідемічними умовами та воєнним станом в Україні. Через високу поширеність та численні офтальмологічні ускладнення, актуально вживати ефективні заходи контролю прогресування міопії. Останні дослідження показали, що фізична активність та інсоляція

є одними з факторів профілактики розвитку міопії та контролю її прогресування. Вітамін D, як можливий фактор впливу на розвиток міопії, поступово стає предметом загального вивчення.

Мета. Визначити кореляційний зв'язок між ступенем дефіциту вітаміну D у дітей з аксіальною та рефракційною міопією в динаміці.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом знаходилися 42 дитини у віці 8-17 років, які знаходилися на онлайн навчанні. Діти були розділені на 2 рівні групи за наявності аксіальної або рефракційної міопії. Обстеження проводилося раз на півроку та включало дослідження рефракції, гостроти зору, поля зору, біокулярного зору, визначення резервів акомодатції та фузії, стану очного дна, визначення рівня вітаміну D у сироватці крові (згідно призначень педіатра раз на 3 місяці до досягнення компенсації з подальшою корекцією дози вітаміну D).

Результати. На початку спостереження у дітей 1 (аксіальна міопія) та 2 (рефракційна міопія) груп відповідно середні арифметичні показники були наступні: довжини ока – $25,02 \pm 0,13$ та $23,51 \pm 0,13$ мм, кривизни рогівки – $42,63 \pm 0,24$ та $45,21 \pm 0,20$ Д, центральної товщини рогівки – $566,30 \pm 10,07$ та $563,20 \pm 11,53$ мкм, діаметра рогівки – $12,15 \pm 0,07$ та $11,60 \pm 0,08$ мм. Середній рівень вітаміну D в групах був $17,28 \pm 5,05$ та $16,65 \pm 4,03$ нг/мл.

Протягом року в 1 групі у 17 дітей (81,0%), що дотримувались рекомендацій лікаря щодо вживання вітамінно-мінеральних комплексів та прогулянок на свіжому повітрі, середній приріст рівня вітаміну D склав $14,96 \pm 3,63$ нг/мл з досягненням нормального рівня вітаміну D крові за 6-9 місяців, рефракція не змінилась у 17,6 % дітей, а у 82,4 % – міопія виросла на $0,54 \pm 0,16$ Д. Резерви фузії та акомодатції зберігалися. У 4 (19,0 %) дітей,

які не дотримувались відповідних рекомендацій, приріст рівня вітаміну Д склав $3,39 \pm 1,60$ нг/мл, міопія збільшилась на $1,19 \pm 0,21$ Д та відбулось збільшення аксіальної довжини ока.

У другій групі 18 дітей (85,7%), що дотримувались комплексу рекомендацій, за рік спостереження середній приріст склав $15,41 \pm 2,93$ нг/мл з досягненням нормального рівня вітаміну Д крові за 9-12 місяців, у 47,4% дітей змін рефракції не спостерігалось, у 52,6% – міопія збільшилася на $-0,38 \pm 0,13$ Д. У 3 дітей (14,3%), що не дотримувались рекомендацій, приріст рівня вітаміну Д склав $3,24 \pm 1,14$ нг/мл, збільшилась аксіальна довжина ока та рефракція на $0,67 \pm 0,10$ Д.

Середній приріст вітаміну Д в 1 та 2 групі відповідно склав 13,56 нг/мл та 14,20 нг/мл, а середне прогресування міопії – 0,44 Д та 0,25 Д. Кореляційно-регресійний аналіз (коефіцієнт Пірсона) в обох групах показав, що зв'язок між досліджуваними ознаками – зворотний, сила зв'язку за шкалою Чеддока – помітна ($r_1 = -0.682$ та $r_2 = -0.623$).

Висновок. Таким чином, за результатами проведеного дослідження при аксіальній та рефракційній міопії виявлена помітна кореляційна зворотня лінійна залежність між прогресуванням міопії та нормалізацією рівня вітаміну Д. Пацієнтам обох груп було рекомендовано в подальшому дотримуватися попереднього режиму, проходити контрольне обстеження раз на 3 місяці, та згідно з рекомендаціями педіатра приймати 2000 МО вітаміну Д3 тривало.