

РАЦІОНАЛЬНА КОРЕКЦІЯ АМЕТРОПІЙ ТА СУЧАСНІСТЬ

Бруцька Л. А.

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

Проблема діагностики та корекції аметропій є актуальною через суттєве зниження некоригованої гостроти зору та виникнення характерних астенопічних скарг. Більшість аметропій спадково детерміновано.

Сучасне цивілізоване суспільство вже неможливо уявити без комп'ютера. Виконання багатьох професійних завдань, навчання та дозвілля пов'язані зі сприйняттям візуальної інформації з різних носіїв, що обумовлює значне залучення до роботи зорової системи. Довготривале та неконтрольоване використання інформаційних технологій може спричинити небажані наслідки, розвиток патологічних станів у дітей та підлітків, а також зумовити появу астенопії у дорослих. Патологія органу зору, пов'язана з роботою за комп'ютером називається комп'ютерним зоровим синдромом, тому рання його діагностика важлива для сучасної та ефективної реабілітації.

Мета: раціональна корекція аметропій та виявлення клінічних особливостей комп'ютерного зорового синдрому.

Методи. Досліджено 37 пацієнтів (74 ока) з комп'ютерним зоровим синдромом у віці від 11 до 22 років, кожному з яких було виконано стандартне офтальмологічне дослідження, яке включало збір анамнезу, авторефрактометрію, візометрію та офтальмоскопію. У всіх було правильне положення очей та бінокулярний зір, очне дно без видимої патології. Сферичний компонент рефракції склав 0,5–1,0 дптр, астигматичний – від 0,25 до 1,25 дптр.

Результати. Суб'єктивні відчуття в осіб, котрі працюють за комп'ютером, характеризувались скаргами на зорову втому, біль, різь, печіння, сухість («пісок»), відчуття стороннього тіла, почервоніння очей. В деяких випадках спостерігалась постійна гіперемія кон'юнктиви (хронічний кон'юнктивит).

Часто пацієнти відмічали тяжкість в очних яблуках, зуд повік тощо. При цьому спостерігали труднощі фокусування зору, розпливчастість при розгляданні предметів, що знаходяться далеко, характерний головний біль та біль в надбрівних дугах у ділянці лоба й орбіт тощо. Частими функціональними ускладненнями були астенопія у вигляді швидкої стомлюваності очей під час читання, відчуття посмикування ока. За об'єктивними даними спостерігалось зниження гостроти зору (як вдалину, так і зблизька), порушення акомодації, загострення гетерофорії. В більшості обстежених виявлено аномалії рефракції. Вибір оптимальної корекції аметропій передбачає облік багатьох факторів, тому є складним завданням. Зарубіжні офтальмологи бажають коригувати навіть невеликі (відмінні від нуля) аномалії рефракції.

Незважаючи на успіхи контактології та рефракційної хірургії, використання цих коригувальних методів у дітей наразі обмежено. На сьогодні при аметропіях у дітей не втратила свого значення корекція звичайним оптичним склом. Точні дані повної статичної рефракції є важливими під час визначення оптимальної корекції.

Корекція аномалій рефракції передбачає компенсацію порушень оптичної системи. Основні критерії підбору окулярної корекції – ступінь аметропії, функціональний стан очей (гострота зору, положення очей, характер біокулярного зору, вплив корекції на ці показники), вік пацієнта, динаміка рефракції, наявність або відсутність астенопії, переносимість корекції тощо. Раннє виявлення і лікування амбліогенних факторів можуть не лише суттєво покращити гостроту зору, а й вплинути на оптомоторний процес біокулярного зору.

Акомодативна астенопія зумовлена перенапругою акомодативної системи у разі довготривалої роботи на близькій відстані та виникає у людей з гіперметропічною рефракцією, що, своєю чергою, обумовлює необхідність постійної корекції, адже за відсутності додаткових засобів створюються труднощі для адаптаційного механізму. Необхідно обирати адекватну оптичну корекцію, яка залежить від монокулярної та біокулярної переносимості окуляр.

У разі міопії з метою вирішення акомодативних завдань для близької відстані фокусування здійснюється з найменшими затратами акомодативної системи, тому під час обрання оптимальної корекції для близької відстані пацієнтам із міопією необхідний індивідуальний підхід.

Профілактика має бути спрямована на покращення режиму та умов занять і відпочинку дітей, корекцію порушень постави, підвищення рухової активності дітей шкільного віку з достатнім перебуванням на свіжому повітрі, заняттями фізкультурою, плаванням. У дитячих, загальноосвітніх закладах необхідно дотримуватися гігієнічних норм щодо обладнання та освітлення навчальних класів і кімнат, які передбачають забезпечення оптимального освітлення робочого місця (світло має падати зліва). З раннього дошкільного віку потрібно тренувати в дітей правильний «рефлекс читання» (іграшки, картинки, букви мають знаходитися на відстані >30 см від очей), категорично заперечувати читання лежачи. Дотримуватись гігієни зору. Необхідно робити часті перерви при зорових навантаженнях і давати відпочинок очам.

Якщо це переміна, не сидіти на місці, а пройти, розглядаючи і зупиняючи погляд на різних предметах вдалині. Вчитель повинен пересаджувати дітей з далеких парт на ближні і навпаки, хоча б 1 раз в 3 місяці. Після школи — година перебування на прогулянці для того щоб дати відновитись нормальному тону зорових м'язів.

Рекомендуються повноцінне харчування, достатнє споживання вітамінів і мікроелементів.

Велике значення мають вчасно почате лікування хронічних захворювань (тонзиліту, карієсу), патології центральної нервової системи, інфекційних, соматичних, психічних захворювань, виключення стресових ситуацій, терапія ендокринних захворювань. Не рідше 2-х разів на рік огляд у офтальмолога для того щоб своєчасно виявити випадки перенавантаження зору та призначити необхідне лікування дитини.

Висновки. Наявність у пацієнта зорово-напруженої праці під час роботи за комп'ютером потребує проведення оптимальної корекції для збереження зорової працездатності та досягнення рівня професійної надійності. При виборі оптимальної корекції необхідний індивідуальний підхід.

Оптична корекція необхідна не лише для досягнення максимальної гостроти зору за наявності аметропії, а й з метою виключення акомодацийно-рефракційного фактора виникнення косоокості. Рання оптична корекція забезпечить нормальний розвиток органа зору, допоможе оздоровленню дітей з патологією рефракції ока.

ВИПАДОК УСПІШНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРИЗМАТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИ ДВОЇННІ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПЕРЕКОСОМ УЯВНОГО ЗОБРАЖЕННЯ КОСОГО ОКА

Сердюченко В.І.

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

Актуальність. Як відомо, при двоїнні, яке інколи спостерігається при косоокості, застосовується призматична корекція (Сергиевский Л.И., 1951; G. K. von Noorden, E. Campos, 2002; Godts D. J. M., 2014). Але, виходячи з механізму дії призми (злиття подвійних зображень можливо лише у випадках, коли основні лінії, що формують дійсне і уявне зображення, є паралельними), лікар або оптометрист відмовляють пацієнту, у якого спостерігається двоїння з перекосом уявного зображення, в підборі призми. Питання про можливість в таких випадках застосування призматичної корекції належним чином поки що не вивчене.

Мета: поділитися з офтальмологами спостереженням за пацієнткою, у якої була успішно застосована призматична корекція при наявності вертикальної косоокості, яка супроводжувалась двоїнням з перекосом уявного зображення косоного ока.

Матеріал. Під спостереженням знаходився пацієнтка О.Я., яка в 2020 році перенесла COVID. Невдовзі помітила двоїння по вертикалі з перекосом зображення лівого ока. Звернулась в Інститут ім. В.П. Філатова через 1 рік.