

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ  
ОСВІТИ імені П. Л. ШУПИКА  
ГС « ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ АЛЬЯНС КАТАРАКТАЛЬНИХ І РЕФРАКЦІЙНИХ ХІРУРГІВ»  
ГО «АСОЦІАЦІЯ ДИТЯЧИХ ОФТАЛЬМОЛОГІВ ТА ОПТОМЕТРИСТІВ УКРАЇНИ»

## **«РЕФРАКЦІЙНИЙ ПЛЕНЕР`19»**

**науково-практична конференція  
з міжнародною участю**

*17-19 жовтня 2019 року  
м. Київ*

**ЗБІРНИК ПРАЦЬ**

*за редакцією  
професора С. О. РИКОВА*

**КИЇВ – 2019**

УДК 617.753:616.7-053.2(477+100)(063)

ББК 56.7

Р 45

*Матеріали збірника праць рекомендовано до видання рішенням  
Вченої Ради Національної медичної академії післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика (Протокол № 8 від 09 жовтня 2019 року)  
Експертної проблемної комісії МОЗ та НАМН України  
«Офтальмологія і тканинна терапія»  
(Протокол № 10 від 16 жовтня 2019 року)*

**Рецензенти:**

*П. А. Бездітко* – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри офтальмології Харківського національного медичного університету

**За редакцією:**

*С. О. Рикова* – доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, голови правління ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України»

**Р45 «РЕФРАКЦІЙНИЙ ПЛЕНЕР`19»:** науково-практична конференція з міжнародною участю 17-19 жовтня 2019 року: збірник праць / під редакцією професора С. О. Рикова // Київ. - 2019. - 109с.

ISBN

УДК 617.753:616.7-053.2(477+100)(063)

ББК 56.7

Повну відповідальність за зміст, підбір, точність наведених матеріалів, цитат, статистичних даних, відповідної галузевої термінології, власних імен, джерел інформації, орфографію, плагіат та іншу інформацію, яка використана у публікаціях, несуть автори опублікованих праць

*Згідно з реєстром з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій НАМН України та МОЗ України, які проводимуться в 2019 році (Посвідчення №337)*

ISBN

Кафедра офтальмології  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2019

<i>Венгер Л.В., Бурдейный С.И.</i>	
НАШ ВЗГЛЯД НА ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРОСТАГЛАНДИНОВ	<a href="#">25</a>
<i>Венгер Л.В., Бурдейный С.И.</i>	
РЕФРАКЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ВЫСОКОЙ ОСЕВОЙ МИОПИИ	<a href="#">27</a>
<i>Гребенюк Т. М., Сасіна І. О.</i>	
ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЗОРОВОГО СПРИЙМАННЯ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ	<a href="#">30</a>
<i>Дроздов В.О., Сакович В.М., Березнюк Л.Г., Цурбан І.В., Фокіна С.М.</i>	
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ	<a href="#">32</a>
<i>Єгорова К.С., Гук М.О., Петренко О.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ БАЗАЛЬНИХ НОВОУТВОРЕННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	<a href="#">34</a>
<i>Завгородня Н.Г., Безденежна О.О., Костровська К.О., Дорошенко Ю.Ю.</i>	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЗОРУ ПІСЛЯ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ ПРИ ІМПЛАНТАЦІЇ РІЗНИХ ВИДІВ МУЛЬТИФОКАЛЬНИХ ІОЛ	<a href="#">36</a>
<i>Завгородня Н.Г., Новікова В.Ю.</i>	
ВПЛИВ РОГІВКОВОГО АСТИГМАТИЗМУ НА РЕФРАКЦІЙНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ	<a href="#">38</a>
<i>Кацан С.В., Адаховська А. О.</i>	
РЕФРАКЦИОННЫЙ СТАТУС И ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С И БЕЗ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ	<a href="#">40</a>
<i>Ковальчук Х.В., Могілевський С.Ю., Денисюк Л.І., Хоменко Т.Б.</i>	
НОВІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ПРОГРЕСУВАННЯ ВІКОВОЇ МАКУЛЯРНОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ	<a href="#">42</a>

57% LISA 809M, 56% Lara 829 MR) і отримати якісне зір при різному освітленні.

3. Індивідуальний підхід до кожного пацієнта з урахуванням стану органу зору, загального статусу організму, стилю життя, первинної рефракції і точний розрахунок оптичної сили ІОЛ дозволяє хірургу широко застосовувати дану технологію для інтраокулярної корекції пресбіопії.

**Н.Г. Завгородня, В.Ю. Новікова**  
*м. Запоріжжя, Україна*



## **ВПЛИВ РОГІВКОВОГО АСТИГМАТИЗМУ НА РЕФРАКЦІЙНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ**

**Актуальність.** Як відомо, найбільшу частку від всіх внутрішньоочних хірургічних втручань займає оперативне лікування катаракти. «Золотим» рефракційним стандартом на сьогодні є отримання максимально передбачуваного і точного рефракційного результату у вигляді сферичного і астигматичного результату в межах  $\pm 0,5$  Д. Астигматизм від 0,75 Д і вище, на який страждають близько 30% населення в світі за даними літератури, призводить до суб'єктивно відчутного зниження гостроти зору та акомодативної астенопії.

**Мета.** Вивчити вплив рогівкового астигматизму на рефракційний результат при факоемульсифікації катаракти.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати оперативного лікування 42 хворих (50 очей) з катарактою та супутнім рогівковим астигматизмом від 0,5 до 3,25 Д за даними кератометрії. Всім пацієнтам була виконана факоемульсифікація катаракти. За статтю пацієнти розподілилися майже порівно - 23 жінок та 19 чоловіків. Незріла катаракта мала місце на 30очах, зріла - на 14ти та на 3х – початкова, перезріла - на 1му оці. Рефракційна заміна кришталика виконана на 2х очах. Передопераційно було виконано ряд

стандартних передопераційних офтальмологічних досліджень (візометрія, авторефрактокератометрія, біомікроскопія, пряма офтальмоскопія, тонометрія, периметрія, А-сканування, ендотеліальна мікроскопія, оптична біометрія, розрахунок ІОЛ на апараті Carl Zeiss IOL Master). За силою рогівкового астигматизму всі хворі були поділені на 4 групи за даними кератометрії доопераційно: I – до 0,75Д (17 очей), II – від 0,75 до 1,5Д – 24 ока, III – 1,5 – 2,5Д - 6 очей, IV – від 2,5 Д і вище – 3 ока. Термін спостереження становив від 1 місяця до бти місяців.

**Результати.** Станом на 1 місяць після операції гострота зору у всіх групах істотно та достовірно підвищилась ( $p < 0,05$ ). Показники гостроти зору без корекції підвищились у I групі - з  $0,11 \pm 0,04$  до  $0,87 \pm 0,04$ , у II- з  $0,15 \pm 0,04$  до  $0,79 \pm 0,05$ ; у III - з  $0,15 \pm 0,05$  до  $0,46 \pm 0,11$ , у IV - з  $0,03 \pm 0,05$  до  $0,63 \pm 0,08$ . З корекцією показники гостроти зору відповідно були вищими. Післяопераційно середній показник сили рогівкового астигматизму за даними кератометрії за всіма групами зменшився від 0,03 до 4х відсотків, що не було достовірно статистично значимо ( $p < 0,05$ ). Потребу у циліндричній корекції післяопераційно потребували станом на 1 міс. в I групі - 2 пацієнти з 17ти, у другій - 8 з 24, у третій групі – 2 з 6. У четвертій – усі пацієнти (3).

#### **Висновки:**

1. Індукований астигматизм за даним дослідженням не має істотного впливу на післяопераційний рефракційний результат, як наслідок того, що сила рогівкового астигматизму залишається після ФЕК в більшості випадків незмінною;
2. Рогівковий астигматизм до 0,75Д може не потребувати планування його корекції доопераційно. Випадки наявності рефракційного незадоволення пацієнта після операції і необхідності використання додаткової корекції поодинокі і можуть бути виправлені використанням окулярів або кераторефракційною докорекцією;
3. Астигматизм від 0,75Д потребує планування його коригування одним з існуючих методів доопераційно, тому що за даним дослідженням ризик у

впливі на рефракцію мав місце у третині випадків, та при астигматизмі від 2,5Д у 100% випадків.

**С.В. Кацан, А.О. Адаховська**  
*г. Одесса, Украина*



## **РЕФРАКЦИОННЫЙ СТАТУС И ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С И БЕЗ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ**

**Актуальность.** Преждевременно рожденные дети в большей степени склонны к появлению рефракционных нарушений и косоглазия уже в раннем детском возрасте. Развитие рефракционных аномалий связывают с неравномерным ростом глаза ребенка.

**Цель.** Оценить встречаемость аномалий рефракции и косоглазия в группах недоношенных детей от 1 года до 3 лет без РН, с саморегрессирующей формой РН, РН после лазерной коагуляции (ЛК) в зависимости от гестационного возраста и массы тела при рождении.

**Материал и методы.** 206 недоношенных детей обследованы на предмет РН в декретированные сроки. Состояние глазного дна оценивалось в соответствии с дополненной международной классификацией РН (ICROP, 2005). Анализ проводился в 3 группах с учетом основного диагноза: 1 группа – дети без РН, 2 группа – дети с саморегрессирующей РН, 3 группа – дети с РН после лазерной коагуляции аваскулярных зон сетчатки. В период до 1 года и от 1 до 3 лет исследуемым детям проведена оценка показателей рефракции методом скиаскопии, характера косоглазия с помощью пробы с прикрыванием глаза, теста с прикрыванием-открыванием, компенсации установочных движений с помощью набора призматических линз, угла девиации по Гиршбергу. На втором этапе исследования 175 недоношенным детям была