

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Товариство офтальмологів України
Офтальмологічне товариство країн Причорномор'я
ДУ "Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України"

МАТЕРІАЛИ

**науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Філатовські читання - 2016», присвяченої 80-річчю
з дня заснування Інституту очних хвороб і тканинної терапії
ім. В.П. Філатова НАМН України та XIV конгресу
офтальмологічного товариства країн Причорномор'я**

19-20 травня 2016 року
Одеса, Україна

МАТЕРИАЛЫ

научно-практической конференции с международным участием
«Филатовские чтения - 2016», посвященной 80-летию
со дня основания Института глазных болезней и тканевой терапии
им. В.П. Филатова и XIV конгресса офтальмологического
сообщества стран Причерноморья

19-20 мая 2016 года
Одесса, Украина

ABSTRACTS

of the scientific and practical conference
with international participation "Filatov Memorial Lectures 2016",
dedicated to the 80th anniversary of the Filatov Institute of Eye
Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine and
14th Black Sea Ophthalmological Congress

19-20 May 2016
Odessa, Ukraine

Цель работы: проанализировать эффективность использования МКЛ при дисбинокулярной амблиопии у детей младшего школьного возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 10 детей от 6 до 9,5 лет (средний возраст 7,8 0,4) с содружественным косоглазием и амблиопией слабой (7 глаз) и средней (2 глаза) степеней. Ранее всем детям назначали окклюзию ведущего глаза, но по разным причинам систематическая окклюзия не проводилась. Всем детям были подобраны высокодиоптрийные МКЛ, которые снижали зрение до сотых как вдали, так и для близи. Режим тотальной пенализации ведущего глаза определялся разницей в остроте зрения обоих глаз и составлял от 1:1 до 1:4. Обследование включало визометрию по таблицам Орловой или Головина-Сивцева с максимальной коррекцией, после предварительной авторефрактометрии на фоне циклоплегии. Срок наблюдения – не менее года до назначения МКЛ и 0,5-1 год после подбора МКЛ.

Результаты. За год до назначения МКЛ средняя острота зрения амблиопического глаза с максимальной коррекцией составляла $0,48 \pm 0,05$. После года окклюзии она повысилась до $0,52 \pm 0,05$; улучшение зрительных функций составило, в среднем, $0,04 \pm 0,01$ и оказалось недостоверным ($t=0,57$; $p>0,05$).

Через год после назначения тотальной пенализации с МКЛ острота зрения на амблиопическом глазу с коррекцией составила $0,67 \pm 0,04$, улучшение было достоверным ($t=2,34$; $p<0,05$). Повышение остроты зрения составило $0,15 \pm 0,02$; различия между положительным эффектом обычной окклюзии и тотальной пенализации с применением МКЛ также достоверны ($t=4,92$; $p<0,001$). Уже через полгода использования МКЛ у двух детей с амблиопией средней степени острота зрения повысилась до $0,4-0,5$; спустя год у 4 детей на амблиопическом глазу была достигнута острота зрения 0,8 и выше.

Все дети хорошо переносили МКЛ: никаких осложнений в процессе лечения не наблюдалось. Следует отметить, что дети соглашались на такой способ выключения лучшего глаза более охотно, чем на ношение окклюдора.

Выводы. Тотальная пенализация с применением МКЛ дает хороший эффект при дисбинокулярной амблиопии и может использоваться в лечении детей младшего школьного возраста, которые по каким-либо причинам не хотят или не могут применять обычную окклюзию.

Our experience of soft contact lenses using in children with strabismic amblyopia

Tarnopolskaya I., Klopotskaya N., Tikhomirova V., Petrenko E., Shcherbakov B.

Municipal Dnipropetrovsk regional ophthalmology clinic (Dniepropetrovsk, Ukraine)

Total penalization of the better eye using soft contact lenses in children 6-10 years of age with strabismic amblyopia provides significant improvement of visual acuity ($p<0.05$) and leads to significant better effect than occlusion does ($p<0.001$).

Влияние рефракционной терапии и функциональных методов лечения на прогрессирование близорукости у детей

Цыбульская Т. Е., Завгородняя Т. С.

Запорожский государственный медицинский университет; Клиника современной офтальмологии «ВІЗУС» (Запорожье, Украина)

Актуальность. Целесообразность и клиническая эффективность функционального лечения миопии являются предметом дискуссий клиницистов. В последние годы появились данные о положительном влиянии рефракционной терапии ортokerатологическими линзами на течение миопического рефрактогенеза у детей. Поэтому сравнительная характеристика эффективности функциональных методов лечения и рефракционной терапии представляет интерес.

Цель. Изучить влияние рефракционной терапии и функциональных методов лечения на прогрессирование миопии у детей.

Материал и методы. Основная группа – 50 пациентов (100 глаз) с миопией слабой степени, проходившие в течение года курс рефракционной терапии ортokerатологическими линзами. Группа сравнения – 40 детей (80 глаз) с миопией слабой степени, получавших функциональное лечение. Применялись фосфен-электростимуляция, лазерная стимуляция цилиарной мышцы, тренировки аккомодационной мышцы. Срок наблюдения 12 месяцев, возраст пациентов – 7-14 лет. Исследовали запас относительной аккомодации (ЗОА), резерв абсолютной аккомодации (РАА), привычный тонус аккомодации (ПТА). Степень прогрессирования миопии оценивалась по состоянию клинической рефракции и данным аксиальной длины глазного яблока.

Результаты. Исходные показатели у пациентов обеих групп не отличались между собой: ЗОА составил в этих группах среднем $1,52 \pm 0,06$ дптр и $2,4 \pm 0,08$ дптр; РАА – $1,74 \pm 0,5$ дптр и $2,51 \pm 0,1$ дптр соответственно, ПТА равнялся $-0,72 \pm 0,18$ дптр в основной группе и $-0,68 \pm 0,15$ дптр в группе сравнения. Анализ наблюдения за пациентами показал, что данные в группах изменились неоднородно. Так, в основной группе улучшение показателей ЗОА и РАА достигло достоверных изменений только через 1 месяц рефракционной терапии, что связано с постепенным изменением клинической рефракции и повышением остроты зрения. В то же время в группе

сравнения эти показатели достоверно улучшились к концу первого курса лечения, т.е. через 10-12 дней: степень увеличения ЗОА и РАА составила 1,8 и 2,7 раза соответственно, ПТА снизился в 1,4 раза ($p<0,05$). Однако повторное обследование через 6 месяцев выявило снижение клинического эффекта у пациентов группы сравнения, что требовало повторного проведения курса лечения, результаты которого оказались ниже относительного первого курса лечения: увеличение ЗОА в 1,6 раза, РАА в 2 раза, снижение ПТА в среднем 1,1 раза. К концу периода наблюдения в основной группе ЗОА и РАА увеличились до $3,82\pm0,07$ и $5,8\pm0,12$ дптр соответственно, ПТА снизился в среднем до $-0,14\pm0,18$ дптр ($p<0,05$). В группе сравнения динамика показателей была несколько иная так ЗОА и РАА составили $2,7\pm0,09$ дптр и $4,62\pm0,09$ дптр, соответственно, ПТА $-0,34\pm0,14$ дптр. Относительно степени прогрессирования миопии в течение 12 месяцев, отмечено, что в основной группе увеличение клинической рефракции составило 0,13 дптр, а аксиальной длины глазного яблока 0,23 мм от исходных данных. В то же время как в группе сравнения увеличение клинической рефракции составило в среднем 0,97 дптр, а аксиальной длины глаза на 0,76 мм ($p<0,01$).

Выводы. Рефракционная терапия способствует увеличению ЗОА и РАА в среднем в 2,4 раза, снижает ПТА в среднем в 4,8 раза, в то время как у пациентов проходивших функциональное лечение ЗОА и РАА увеличились в 1,7 раза, а ПТА снизился в среднем в 2 раза от исходных данных. У пациентов получавших рефракционную терапию увеличение клинической рефракции составило 0,13 дптр, аксиальной длины глазного яблока 0,23 мм, в отличие от пациентов, проходивших функциональное лечение, увеличение клинической рефракции которых составило 0,96 дптр, а аксиальной длины глаза 0,76 мм от исходных данных. Рефракционная терапия снижает риск прогрессирования миопии в 87% случаев.

Influence of refraction therapy and functional methods of treatment on progressing of myopia in children

Tsyibulskaya T.E., Zavgorodnyaya T.S.

Zaporozhye State Medical University; Modern Ophthalmology Clinic “VISUS” (Zaporozhye, Ukraine)

Refraction therapy promotes an increase in ZOA and RAA on average 2.4 times, a decrease in PTA on average 4.8 times while patients undergone functional treatment had ZOA and RAA increased 1.7 times and PTA decreased on average twice as compared to basic data. In patients receiving refraction therapy, the increase in a clinical refraction and the axial length of an eyeball was equal to 0.13 D and 0.23 mm, respectively, unlike patients, undergone functional treatment, where the increase in a clinical refraction and the axial length of an eyeball was equal to 1.3 D and 0.76 mm, respectively, as compared to basic data. Refraction therapy reduced the risk of myopia progression in 87% of cases and can be recommended as an independent method of treatment for progressing myopia.

Боброва Н. Ф., Дембовецкая А. Н. Осложненные катаракты при синдроме первичной фетальной сосудистой сети	170
Боброва Н. Ф., Сорочинская Т. А., Бахмацкая Н. И., Романова Т. В. Меланома сосудистого тракта у детей	171
Боброва Н. Ф., Суходоева Л. А., Меликов Г. Г., Иваницкая Е. В. Лазерный ожог макулы (случай из практики) ...	172
Боброва Н. Ф., Тронина С. А., Дембовецкая А. Н., Романова Т. В. 70-летний юбилей Филатовской школы детской офтальмологии: помня о прошлом, стремимся в будущее	173
Боброва Н. Ф., Тронина С. А. Транскутанская дозированная резекция леватора – «классика жанра» в хирургии блефароптозов	174
Боброва Н. Ф., Трофимова Н. Б. Вискосинусотрабекулотомия при глаукоме у детей с синдромом Стердж-Вебера-Краббе	175
Боброва Н.Ф., Тассигнон М. Ж., Романова Т.В. Динамика капсуллярного кольца псевдофакичных у глаз детей с ИОЛ «BIL» - «мешок-в-линзе» в отдаленные сроки наблюдения	176
Воронцова Н. М., Никитина Е. С., Борисенко Ю. Ю. Особенности визуализации патологических изменений при дакриоцистоцеле у новорожденных детей	177
Гончарова Н. А., Пастух И. В., Мартыновская Л. В., Стремовская Н. Б. Клинический пример введения интравитреального импланта дексаметазона в лечении увеита у ребенка	178
Кацан С. В., Заичко Е. С. Динамика развития прогрессирующей ретинопатии недоношенных на юге Украины за 7 лет	178
Пархоменко Г. Я., Коваленко А. В., Манойло Т. В., Фарафонова А. Е. Факоэмульсификация врожденной прогрессирующей передней полярной катаракты у детей	179
Рылькова К. А. Наш опыт применения консервативного лечения флегмоны слезного мешка у детей	180
Соболева И. А., Борисенко Ю. Ю. Опыт проведения офтальмологического мониторинга у недоношенных новорожденных города Харькова	181
Соловьева С.П., Одинокова Ж.Г., Михальчик Т.С. Оценка эффективности лазеркоагуляция сетчатки у детей с ретинопатией недоношенных	182
Tronina S. A., Bobrova N. F. Complex surgical treatment of the blepharophimosis syndrom: clinical-anatomic substantiation and results	183

9. Аномалії рефракції та окорухового апарату

Андрушкова О. О, Гріжмальська К. Ю, Лях Ю. М. Розробка сучасних методів профілактики та лікування комп'ютерного зорового синдрому	186
Бойчук И. М, Алуи Тарак. Особенности состояния аккомодации и фузии у больных с постоянным и периодическим расходящимся косоглазием	186
Бойчук И. М., Иваницкая Е. В., Шебиль Сами. Толщина хориоретинального комплекса сетчатки в фoveальной зоне у подростков с миопией разной степени	187
Бруцкая Л. А. Оптическая адаптация при дисбинокулярной амблиопии	188
Бушуева Н. Н., Шакир Духаер. Результаты лечения спазма аккомодации у больных с вегетососудистой дистонией электростимуляцией на приборе "этранс"	189
Бушуєва Н. М., Мартинюк С. В., Сенякіна А. С. Особливості порушень зіничних реакцій хворих на акомодаційну езо тропію і хворих на рефракційну амбліопію при гіперметропії	190
Венгер Л. В., Бурдений С. І., Ульянова Н. А. Ефективність застосування аналогів простагландинів при прогресуючій міопії	191
Грушко Ю. В., Дегтярева Н. М., Сердюченко В. И. Вызывает ли зрительное утомление глазная гимнастика «Добре бачу»?	192
Ємченко В. І. Особливості прикріплення верхнього косого м'яза до склери	193
Коломиец В. А., Бруцкая Л. А. Нониусная острота зрения у больных псевдофакией	194
Малиева Е.В., Бушуева Н.Н. Сравнительный анализ морфометрических параметров макулярной области сетчатки у больных с разными типами миопии	194
Мухина А. Ю., Бойчук И. М., Журавлева Л. Д. Способ определения порогов цветовой чувствительности у детей с врожденной миопией с использованием нового комплекта таблиц	195
Пархоменко Г. Я., Манойло Т. В., Могильна И. В. Ортokerатологія як метод контролю прогресування міопії	196
Романенко Д. В., Бушуева Н. Н. Оценка подвижности косых глазодвигательных мышц у больных суправергентным косоглазием методом автоматизированного анализа двухмерных изображений глаз	197
Сердюченко В. І., Желізник М. Б. Стан мінімальної експозиції розпізнавання тест-знаків у здорових школярів ..	198
Соловьева С.П., Одинокова Ж.Г., Самусь Т.Ю., Тихомирова Е.В. Поиск путей быстрой офтальмологической реабилитации и перспективы развития на примере специализированного детского сада № 39 г. Запорожья .	198
Тарнопольская И. Н., Клопоцкая Н. Г., Тихомирова В. В., Петренко Е. А., Щербаков Б. Д. Наш опыт применения мягких контактных линз при дисбинокулярной амблиопии у детей	199
Цыбульская Т. Е., Завгородняя Т. С. Влияние рефракционной терапии и функциональных методов лечения на прогрессирование близорукости у детей	200