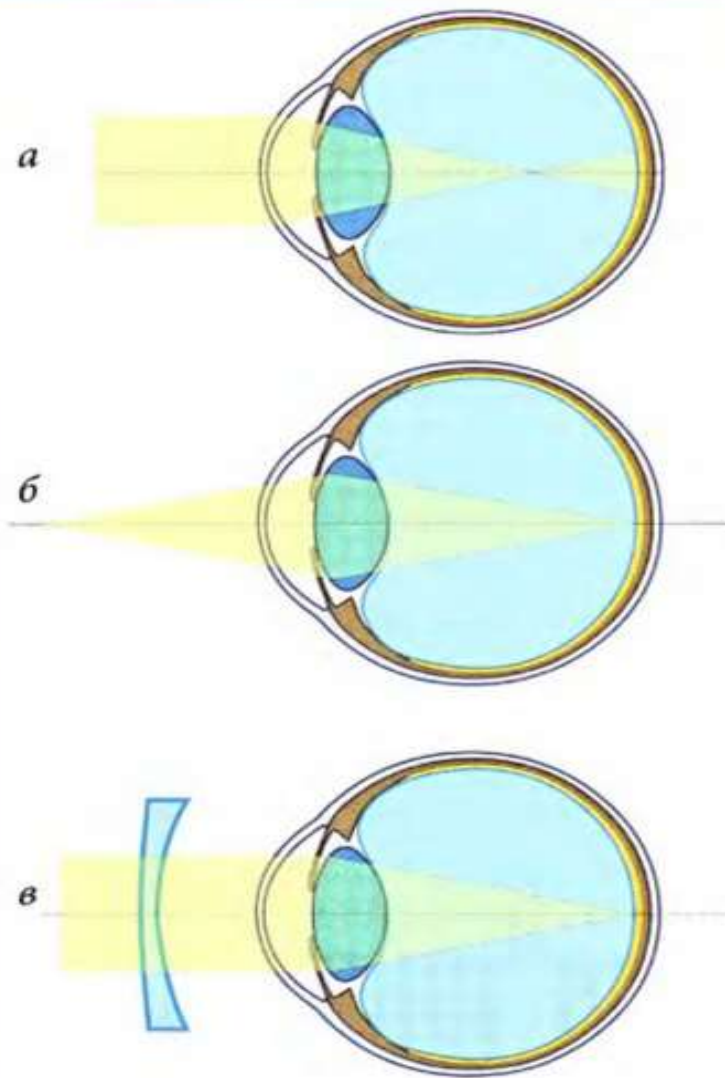




Короткозорість. Клініка,
діагностика, ускладнення.
Хірургічні методи лікування
короткозорості.



Короткозорість, або міопія (m y o p i a ; від грец. тyo — прищуюю, o p s —зір), — це сильна рефракція. Паралельні промені збираються у фокус попереду сітківки, тому на сітківці виходить нечітке, у колах світлорозсіювання, зображення. На сітківці в такому оці можуть зібратися лише розбіжні промені від предметів, розміщених на кінцевій відстані від ока. Найдальша точка ясного зору короткозорого ока лежить близько, на певній кінцевій відстані. Гострота зору в міопа завжди нижча за 1,0, вони погано бачать удалину і добре бачать на близьку відстань



Мал. 2.2. Міопія: а — зір удалину, нечітка картина; б — зір із близької відстані, чітка картина; в — корекція окулярами

Етіологія.

Нині немає єдиної наукової концепції виникнення і розвитку міопії. Найвизнанішою є трикомпонентна гіпотеза походження короткозорості Є.С. Аветисова, відповідно до якої в її розвитку відіграють роль три ланки:

- 1) зорова робота на близькій відстані в поєднанні з ослабленою акомодацією;
- 2) спадкова зумовленість короткозорості;
- 3) вплив внутрішньоочного тиску на ослаблену білкову оболонку.

Класифікація. Виділяють такі види міопії:

I. Залежно від ступеня вираженості:

- Слабкий (від -0,25 до -3,0 дптр).
- Середній (від -3,25 до -6,0 дптр).
- Високий (понад -6,0 дптр).

II. За клінічним перебігом:

1. Непрогресивна (стаціонарна).
2. Прогресивна.



Непрогресивна міопія — це аномалія рефракції, що клінічно проявляється зниженням зору вдалину, добре коригується і не потребує лікування.

Якщо впродовж року ступінь міопії збільшується більше ніж на 1,0 дптр, міопію вважають **прогресивною**. Постійне прогресування короткозорості (короткозорість, ступінь якої продовжує збільшуватися все життя) називають злоякісною короткозорістю, або міопічною хворобою.

Клінічна картина міопії пов'язана з наявністю первинної слабкості акомодациї, перенапруженням конвергенції та розтягненням очного яблука, що відбувається після припинення росту ока (після 10—12 років) і призводить до анатомічних і фізіологічних змін в оці.

Оскільки міоп розглядає предмети лише на близькій відстані, око постійно мусить конвергувати. При цьому його акомодация перебуває у спокої. Невідповідність конвергенції й акомодациї може призводити до стомлення внутрішніх прямих м'язів і виникнення зорового стомлення — м'язової астенопії (у міопів виникають головний біль і стомлюваність очей під час роботи), розвитку гетерофорії, монокулярного зору і розбіжної співдружньої косоокості.



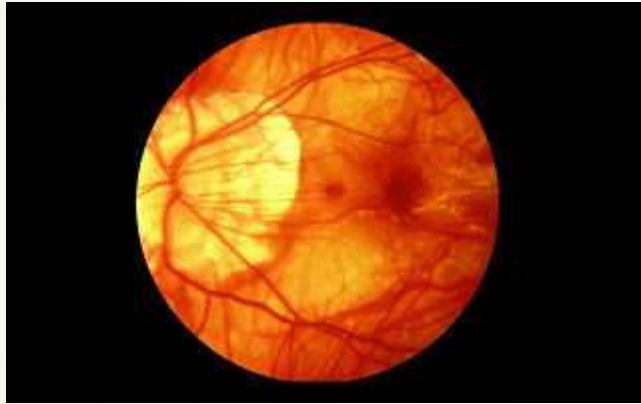
Передньозадня вісь ока при міопії може подовжуватися до 30—32 мм і більше. Розтягнення очного яблука призводить до розширення очної щілини, унаслідок чого створюється враження незначної витрішкуватості.

Білкова оболонка стоншується, особливо в ділянці прикріплення бічних м'язів і біля краю рогівки, що можна бачити неозброєним оком за синюватим відтінком білкової оболонки

Іноді можуть виникати передні стафіломи склери.

Може спостерігатися тремтіння райдужки (іридодонез). У склистому тілі виникає деструкція або розрідження Тінь від таких клітин на сітківці в розтягнутому короткозорому оці більша, ніж в очах з іншою рефракцією, тому короткозорі люди часто скаржаться на «літання мушок» (*muscae volutantes*), «нитки», «мотки вовни» перед очима

На очному дні залежно від генезу і ступеня міопії виникають такі зміни: навколодисккові світлові дугові рефлекси; міопічні конуси; задні стафіломи (несправжні й справжні); зміни на ділянці жовтої плями сітківки; периферичні дегенерації сітківки; відшарування сітківки.



Розтягнення очного яблука супроводжується підвищеною ламкістю кровоносних судин, що призводить до крововиливів (геморагій) у сітківку і до виникнення згодом хороретинальних вогнищ.

Лікування.

Для нормалізації акомодативної здатності використовують 2,5 % розчин мезатону або 0,5 % розчин тропікамідю, які закапують у кон'юнктивальний мішок по 1 краплі в обидва ока на ніч упродовж 1 —1,5 місяця (бажано в періоди найбільшого зорового навантаження).

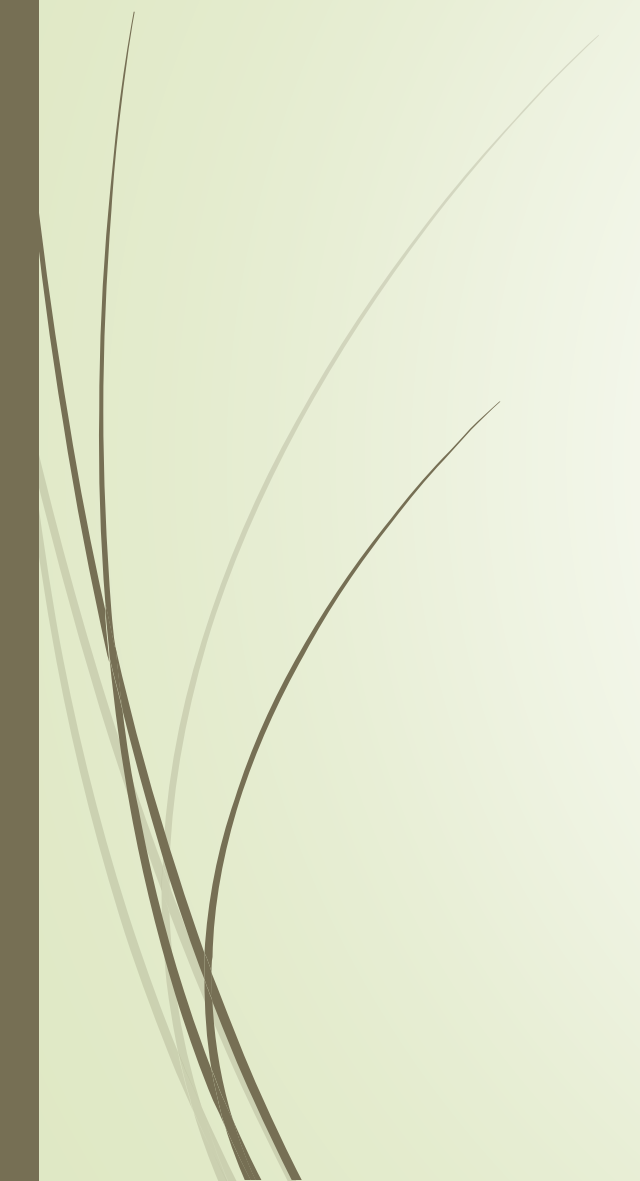
У разі відносно підвищеного ВОТ додатково призначають 0,25 % розчин тпмололу малеату по 1 краплі на ніч, що дає змогу приблизно на $1/3$ знизити тиск протягом 10—12 год (А.В. Свірин, В.І. Лапочкін, 2001).

Лікування. Важливо також дотримуватися режиму праці. У разі прогресування міопії необхідно, щоб на кожні 40—50 хв читання або письма припадало не менше ніж 5 хв відпочинку.

При короткозорості понад 6,0 дптр час зорового навантаження слід скоротити до 30 хв, а відпочинок збільшити до 10 хв.

Запобіганню прогресування й ускладнень міопії сприяє застосування медикаментозних засобів (вітамінно-мінеральні комплекси, препарати, що поліпшують гемодинаміку, та ін.).

Обов'язкове диспансерне спостерігання: у разі слабкого й середнього ступеня міопії — 1 раз на рік, високого ступеня — 2 рази на рік.



Дякую за увагу!