

тологические линзы, бифокальные МКЛ. Все перечисленные средства исправляют гиперметропический дефокус на периферии сетчатки, который является причиной прогрессирования миопии, и наводят слабомиопический периферический дефокус, оказывающий тормозящее влияние на рост глаза. Однако эти методы коррекции, создающие условия для стабилизации или замедления прогрессирования миопии, имеют ограничения в использовании при коррекции высокой близорукости из-за предельно возможных значений производимой оптики:

- перифокальные очки по сумме сферического и астигматического компонентов не должны превышать -10,0 дптр;
- ортокератологические линзы подбираются при миопии не более 8 дптр;
- бифокальные МКЛ – при близорукости не более 5,0 дптр и без астигматизма.

Известно, что врожденная высокая миопия имеет рефракционные особенности, она часто сопровождается высокими значениями сферического (более 10,0 дптр) и астигматического (более 3,0 дптр) компонентов, что не позволяет назначать пациентам с такой миопией известные оптические средства для устранения гиперметропического дефокуса.

Мягкие контактные линзы (МКЛ) – предпочтительный вид коррекции высокой врожденной миопии. Однако они (МКЛ) усиливают или сохраняют гиперметропический дефокус и, очевидно, вследствие этого не тормозят прогрессирования близорукости [3].

Известно, что возможности применения торических контактных линз ограничены из-за фиксированных значений сферического и цилиндрического компонентов в стандартном наборе. Таким образом, только ограниченный контингент пациентов, которым необходим данный вид коррекции, может пользоваться ТМКЛ. Это больные с близорукостью не более 10,0-11,0 дптр и астигматизмом, не превышающим 3,5-4,0 дптр. Большие значения миопии и миопического астигматизма требуют индивидуального заказа, что сильно повышает его стоимость. Помимо этого, конструкция ТМКЛ также не предназначена для коррекции периферического дефокуса.

Цель: предложить стратегически ориентированный способ биоптической коррекции высокой врожденной близорукости.

Существует метод биоптической коррекции для пациентов с врожденной миопией и астигматизмом, который был разработан и

внедрен в клиническую практику 10 лет назад. Метод заключался в назначении монофокальных МКЛ с докоррекцией астигматизма монофокальными очками. Применение данной методики позволило повысить остроту зрения с переносимой коррекцией с $0,3 \pm 0,04$ до $0,7 \pm 0,06$ у пациентов с близорукостью выше 10,0-11,0 дптр и значительным миопическим астигматизмом и снизить частоту амблиопии высокой степени на 70% [4, 5].

Однако исследования последних лет показали, что МКЛ, несомненно являющиеся предпочтительным видом коррекции высокой миопии, усиливают или сохраняют гиперметропический дефокус на периферии сетчатки [3]. Очевидно, этим объясняется недостаточная эффективность МКЛ (так же, как и мультифокальных очков) в торможении прогрессирования близорукости [6]. В связи с этим для оптимизации тактики и стратегии коррекции с учетом новых возможностей оптических средств был разработан новый метод биоптической коррекции высокой миопии, который заключается в следующем. Подбирают монофокальные МКЛ, полностью корригирующие сферический компонент рефракции, и на остаточный в линзах астигматизм подбирают дополнительные цилиндрические очки с перифокальным усилением преломления (Perifocal-M), которые исправляют гиперметропический дефокус. Это позволяет не только произвести оптимальную коррекцию высокой и сложной погрешности рефракции для развития зрительных функций, профилактики и лечения амблиопии, но и обеспечить контроль за прогрессированием миопии за счет наведения периферического миопического дефокуса.

Способ осуществляется следующим образом [7]. Сначала пациенту определяют циклоплегическую рефракцию и подбирают монофокальные МКЛ с близкой к полной коррекцией сферического компонента рефракции (или: полностью корригирующие сферический компонент рефракции). Далее проводят авторефрактометрию в МКЛ и выявляют остаточный астигматизм. После этого осуществляют подбор цилиндрических очков с перифокальным усилением преломления (Перифокал М), значение которых соответствует близкой к полной остаточной циклоплегической рефракции в МКЛ и обеспечивает оптимальную остроту зрения. При этом без коррекции и в биоптической (МКЛ + очки) коррекции определяют периферическую рефракцию с помощью бинокулярного авторефрактометра «открытого поля» Grand Seiko WR-5100K по известной методике [8].