

MORPHOSTRUCTURAL PECULIARITIES OF THE OPTIC NERVE AND PERIPAPILLAR FIBERS IN CHILDREN WITH MYOPIA

Gorbatyuk T. L., Boichuk I. M.

Odessa, Ukraine

To determine peculiarities of the thickness of the peripapillar nervous fiber layer (TPNFL) and optic nerve 135 schoolchildren (270 eyes) aged 10–14 with acquired myopia were made investigation of the retinal TPNFL, optic disc parameters by optic coherent tomography SOCT Copernicus depending on the myopia degree. It was established that there was significant decrease of the TPNFL size in the temporal segment in the schoolchildren with acquired myopia of moderate and high degree irrespective of the disc area compared with the children with emmetropia.

It is found that the smaller TPNFL in the temporal segment, the longer is the eye axis in myopia of the weak and high degree, while the smaller TPNFL in the nasal segment, the longer is the eye axis in myopia of the moderate degree.

The retinal TPNFL in the temporal and nasal segments in acquired myopia does not depend on the size of the neural limbus and excavation of the optic nerve as well as ratio of the excavation area to optic disc area.



УДК 617.751.6-084:617.758.1-031.4

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДИСБИНОКУЛЯРНОЙ АМБЛИОПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ И РАНО РАЗВИВШЕМСЯ МОНОЛАТЕРАЛЬНОМ КОСОГЛАЗИИ

С. А. Гончарова канд. мед. наук, **А. М. Петруня** проф.,

Г. В. Пантелеев канд. мед. наук, **Е. И. Тырловая** врач высшей категории

Центр коррекции зрения «Corvis», Луганский областной центр глазных болезней,
Луганская областная детская клиническая больница

Важку амбліопію ока, яке косить, при однобічній уродженій і рано розвиненій косоокості можна попередити застосуванням ранньої профілактики. Вона полягає в штучному погіршенні зору ока, що не косить — пеналізації — шляхом вимикання на ньому акомодативної інстиляціями однієї краплі 0,1 % розчину сірчанокислого атропіну один раз у три дні, починаючи з 5–6 місячного віку дитини, і застосуванні оптичної гіпо-і гіперкорекції у віці після року.

Ключевые слова: косоглазие, амблиопия, профилактика, аккомодация, конвергенция, пенализация, коррекция.

Ключові слова: косоокість, амбліопія, профілактика, акомодатія, конвергенція, пеналізація, корекція.

Введение. Лечение врожденного и развившегося в первые месяцы после рождения монолатерального косоглазия наиболее сложно и наименее успешно в сравнении с другими видами данной патологии [3, 4, 9, 10, 14]. Одной из главных причин этого является тяжелая дисбинокулярная амблиопия, развивающаяся на постоянно косящем, не функционирующем глазу. При этом виде страбизма изначально отсутствуют условия, необходимые для развития на нем самой главной функции зрительного анализатора — центрального зрения. Врожденные аномалии глазодвигательного аппарата, моторная, сенсорная, центральная или комбинированная патология различного генеза не позволяют косящему глазу младенца включиться в зрительную функцию, препятствуют образованию нормальных ретино-кортикальных связей

и бинокулярного зрения, ведут к глубоким сенсорным изменениям в этом глазу, значительному функциональному его недоразвитию и возникновению тяжелой формы дисбинокулярной амблиопии с нарушением правильной зрительной фиксации и даже с отсутствием ее [1, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14].

Тяжелая дисбинокулярная амблиопия, являясь прямым следствием отсутствия бинокулярного зрения при косоглазии, в процессе лечения большого представляет также основное препятствие для формирования этой очень важной для парного органа бинокулярной функции и полной реабилитации пациента.

© С. А. Гончарова, А. М. Петруня,
Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырловая, 2011

Устранение таких тяжелых видов амблиопии, несмотря на значительные успехи плеоптики, достигнутые за последние десятилетия, бывает очень сложным, длительным и мало результативным процессом. [9, 11, 14]. В этих случаях первостепенное значение приобретает профилактика, предупреждающая развитие трудно устранимых форм данного осложнения. Сущность профилактики заключается в том, чтобы включить косящий глаз младенца в зрительную работу как можно раньше и тем самым обеспечить развитие в нем главной функции — центрального зрения с центральной фиксацией [9, 14].

Традиционно назначаемая с этой целью офтальмологами прямая окклюзия некосящего глаза у маленьких детей трудно выполнима, мучительна и в лучшем случае осуществима лишь по 10–20 минут в день, что крайне недостаточно для развития зрения и профилактики амблиопии.

В большинстве случаев выключение некосящего глаза начинают проводить в период, когда функциональное неравенство обоих глаз уже сформировалось и выполнение процедуры выключения лучше видящего некосящего глаза вызывает протест и плач ребенка, становясь для него и родителей настоящей пыткой.

Альтернативой трудно проводимой окклюзии ведущего глаза у малышей может быть выполняемая без значительных затруднений в течение многих месяцев **пенализация** его (от франц. *penalite* — штраф, взыскание) [2, 9, 14]. Эта методика предусматривает искусственное ухудшение зрения некосящего глаза посредством выключения на нем аккомодации с помощью капель атропина и его оптической гипер- или гипокоррекции, а также создание благоприятных оптических условий для зрения косящего глаза.

Пенализация в страбологии применяется с середины прошлого века. Основные шесть вариантов данного метода описаны во всех руководствах по косоглазию. Используются они у детей всех возрастов **при лечении косоглазия и амблиопии** [2].

Принцип пенализации — искусственного ухудшения зрения ведущего глаза — мы использовали для **ранней профилактики** дисбинокулярной амблиопии при врожденном и рано приобретенном монолатеральном косоглазии, расширив показания к ее применению и увеличив количество вариантов данного метода.

Некоторые варианты метода пенализации для профилактики тяжелых форм дисбинокулярной амблиопии у детей раннего возраста мы начали применять еще в 70-е годы прошлого века. Имея положительные результаты, мы продолжаем их применение и в настоящее время располагаем определенным опытом по данному вопросу. Сведений о таком использовании метода пенализации офтальмологами Украины в литературе, а также при

проведении практической консультативной работы мы не встретили. В России подобная профилактика амблиопии успешно проводится детскими офтальмологами г. Красноярска [14].

Цель настоящей работы состоит в том, чтобы приведенным в ней клиническим материалом привлечь внимание офтальмологов, особенно детских офтальмологов, к приемлемым для маленьких детей и достаточно эффективным вариантам метода пенализации, применение которых в ранний период предупреждает развитие тяжелых форм дисбинокулярной амблиопии при врожденном и рано развившемся монолатеральном косоглазии и способствует улучшению конечных функциональных результатов лечения этого тяжелого вида страбизма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для освещения избранной темы использованы материалы последних 10 лет, в течение которых мы применяли современные плеоптические методы неприцельного лечения амблиопии с центральной и нецентральной фиксацией.

Отобраны две группы по 50 больных с врожденным и развившимся в первые месяцы после рождения монолатеральным косоглазием.

В **первую** группу вошли дети, родители которых обратились к нам за помощью в ранние сроки — в первом полугодии после рождения ребенка. Этим больным с целью профилактики амблиопии мы применили раннюю пенализацию.

Во **вторую** группу включены пациенты, поступившие к нам на лечение в 3–3,5 года, которым ранняя пенализация с целью профилактики амблиопии не проводилась и по возрасту у большинства из них уже можно было проверить остроту зрения и состояние фиксации.

Критерием эффективности пропагандируемого нами метода ранней профилактики дисбинокулярной амблиопии мы считали остроту зрения амблиопичного глаза с коррекцией и его зрительную фиксацию с учетом возможности включения этого глаза в бинокулярную функцию на завершающем этапе лечения косоглазия. Все другие вопросы, касающиеся диагностики и сложного лечения больных этой категории, мы в данной работе не рассматривали.

Остроту зрения у малышей обеих групп исследовали по таблице Е. М. Орловой, при остроте зрения ниже 0,1 — по оптотипам Б. Л. Поляка. Приводим данные исследований в 3–3,5 года до начала аппаратного плеоптического лечения и в 6–6,5 лет перед поступлением детей в школу. Эти сведения по обеим группам представлены в таблице 1.

Всем больным проведено возможное в их возрасте страбологическое обследование с применением медикаментозного мидриаза. В обе группы мы не включали детей, у которых при обследовании

были выявлены изменения со стороны преломляющих сред и глазного дна, могущие стать органической причиной снижения остроты зрения.

В *первой* группе было 32 ребенка с врожденным и 18 детей с появившимся в первые 1–3 месяца после рождения сходящимся монолатеральным косоглазием. Рефракция, определенная методом скиаскопии в условиях медикаментозного мидриаза, у 31 ребенка была гиперметропической, у 15 — гиперметропический астигматизм, у 4 — эмметропической.

При первичном осмотре детей этой группы фиксация взгляда младенца осуществлялась некосящим глазом. При прикрывании его косящий глаз совершал блуждающие движения, очень редко занимая на мгновение срединное положение в глазной щели. Такое состояние мы расценивали как неспособность косящего глаза к зрительной фиксации.

К проведению пенализации ведущего некосящего глаза мы приступали уже в 5–6 месячном возрасте ребенка путем **выключения его аккомодации** инстилляцией в него один раз в три дня одной капли 0,1 % раствора сернокислого атропина. Эта несложная и легко выполняемая у маленьких детей процедура ухудшала зрение некосящего глаза вблизи, побуждая к деятельности косящий глаз. Лечение продолжалось 6–8 месяцев, в редких случаях — дольше. При указанной дозировке атропина и такой частоте закапываний мы только однажды столкнулись с индивидуальной непереносимостью препарата, других осложнений не отмечалось. Врачебный контроль пациентов проводился ежемесячно. У большинства малышей в процессе наблюдений наиболее типичной со стороны глаз была следующая динамика.

В первые месяцы после начала пенализации фиксация взгляда младенца, как и при первичном осмотре, осуществлялась некосящим глазом. Через 3–5 месяцев после начала закапывания атропина при прикрывании фиксирующего глаза косящий глаз периодически занимал срединное положение в глазной щели, световой рефлекс от офтальмоскопа при этом располагался в центре зрачка и, можно предполагать, что косящий глаз был уже способен к зрительной фиксации. В последующие месяцы при продолжении такого лечения косящий глаз во время прикрывания ведущего глаза сразу же занимал срединное положение в глазной щели и по реакции ребенка на предъявляемые предметы было видно, что амблиопичный глаз способен к фиксации и зрительной функции.

Когда ребенок достигал 9–12 месячного возраста и мог носить очки, «штрафные санкции» пенализации, ухудшающие зрение ведущего некосящего глаза, мы усиливали применением некоторых вариантов пенализации, выполняющих роль **лечебной оптической коррекции**.

Перед назначением ее в условиях циклоплегии уточняли рефракцию обоих глаз. Остроту зрения косящего глаза улучшали полной коррекцией его аметропии, создавая благоприятные условия худшему глазу для зрения вблизи и вдаль. Зрение некосящего глаза ухудшали, назначая гипо- или гиперкоррекцию его аметропии.

Максимальное ухудшение зрения некосящего глаза при наиболее частой гиперметропии и гиперметропическом астигматизме достигалось путем гипокоррекции гиперметропии на 2,0 -1,5Д и инстилляций атропина в этот глаз один раз в 5 дней. В этих условиях некосящий глаз малыша плохо видел при зрении вдаль и вблизи. Такая методика пенализации сходна с полупрозрачным выключением его, вся зрительная нагрузка при этом переносилась с ведущего глаза на косящий амблиопичный глаз, обеспечивая тем самым развитие его зрительных функций. В случаях слабой гиперметропии ведущего глаза мы назначали стекло planum при полной коррекции косящего глаза.

Через 3–4 месяца «штрафные санкции», возложенные на ведущий глаз, мы ослабляли, заменив гипокоррекцию гиперметропии полной коррекцией с продолжением инстилляций капель атропина, что обеспечивало глазу нормальное зрение вдаль. Зрение вблизи при этом осуществлялось амблиопичным глазом.

Спустя еще 3–4 месяца мы переходили на новый вариант пенализации, при котором применялась гиперкоррекция ведущего глаза на 3–2,5 Д и инстилляций атропина в этот глаз отменялись. Ведущий глаз искусственно становился миопическим и использовался малышом лишь для зрения вблизи с минимальным напряжением аккомодации, для зрения вдаль использовался амблиопичный глаз.

При эмметропической рефракции некосящего глаза мы также делали его миопическим, назначая на него сферическую линзу +2,5–3,0Д.

Пенализация с применением лечебной оптической коррекции продолжалась от 12 до 18 месяцев. Показаниями к ее прекращению было появление возможности начать выключение некосящего глаза с помощью окклюдоров, а также переход монолатерального косоглазия в альтернирующее, свидетельствующий об устранении функционального неравенства в остроте зрения обоих глаз.

В 3–3,5 года всем детям удалось проверить остроту зрения и состояние зрительной фиксации при помощи лупы с шариком. Из приведенных в таблице 1 данных видно, что в этом возрасте у больных первой группы на косящем глазу легкая степень амблиопии (0,8–0,4) была у 14 человек (28 %), средняя степень (0,3–0,15) — у 24 (48 %), тяжелая степень (0,1–0,05) — у 12 (24 %). Очень тяжелой степени амблиопии (0,04 и ниже) не было ни у

одного ребенка. Центральная фиксация отмечена у 43 детей (86 %), нецентральная — у 7 (14 %). Монолатеральное косоглазие перешло в альтернирующее у 14 человек (28 %), у 36 (72 %) осталось монолатеральным, в том числе у 4 детей при равной остроте зрения обоих глаз.

Таблица 1

Острота зрения и зрительная фиксация амблиопичного глаза у больных I и II групп

Возраст	3–3,5 года		6–6,5 лет	
	Количество больных (%)	Количество больных (%)	Количество больных (%)	Количество больных (%)
Острота зрения с коррекцией	I группа	II группа	I группа	II группа
1,0	—	—	5 (10 %)	—
0,9	—	—	6 (12 %)	—
0,8	1 (2 %)	—	8 (16 %)	—
0,7	1 (2 %)	—	6 (12 %)	—
0,6	2 (4 %)	—	6 (12 %)	—
0,5	4 (8 %)	—	5 (10 %)	1 (2 %)
0,4	6 (12 %)	—	4 (8 %)	3 (6 %)
0,3	7 (14 %)	—	5 (10 %)	5 (10 %)
0,2	9 (18 %)	2 (4 %)	2 (4 %)	5 (10 %)
0,15	8 (16 %)	5 (10 %)	3 (6 %)	14 (28 %)
0,1	12 (24 %)	23 (46 %)	—	17 (34 %)
0,09–0,05	—	11 (22 %)	—	5 (10 %)
0,04 и <	—	9 (18 %)	—	—
всего	50 (100 %)	50 (100 %)	50 (100 %)	50 (100 %)
Фиксация центральная	43 (86 %)	3 (6 %)	45 (90 %)	19 (38 %)
нецентральная	7 (14 %)	45 (90 %)	5 (10 %)	31 (62 %)
отсутствует	—	2 (4 %)	—	—
Всего	50 (100 %)	50 (100 %)	50 (100 %)	50 (100 %)

В этом же возрасте мы начинали аппаратное плеоптическое лечение. Проводили его комплексно, используя в один сеанс 4–5 неприцельных методов стимуляции. Методики подбирались с учетом возраста и интеллекта ребенка. Во время проведения аппаратного лечения и в период между лечебными курсами применялась окклюзия лучшего глаза, которую дети переносили без сопротивления. При амблиопии легкой и средней степеней больные получали по 2–3 двухнедельных курса плеоптического лечения, а при амблиопии тяжелой степени — по 4–6.

В возрасте 6–6,5 лет на амблиопичном глазу острота зрения совместимая с бинокулярной функцией (1,0–0,3), имелась у 45 (90 %) детей, в том числе высокая 1,0–0,9 у 11 (22 %). Острота зрения 0,2–0,15 отмечена у 5 (10 %) больных с нецентральной фиксацией. Исследование функциональной способности макулярной зоны сетчатки у этих детей при помощи макулотестера и последовательных образов показало ее неполноценность вследствие врожденных органических изменений, не выявляемых обратной и прямой офтальмоскопией. Та-

ким образом, у детей первой группы, получивших профилактическое лечение, в возрасте 6–6,5 лет не отмечено ни одного случая тяжелой амблиопии, связанной с функциональным недоразвитием центрального зрения.

Во *второй группе* было 35 больных с врожденным монолатеральным косоглазием, 15 — с приобретенным в первые месяцы после рождения. Возраст детей при обращении к нам 3,0–3,5 года. Сходящееся косоглазие имелось у 48 человек, расходящееся у — 2. Гиперметропическая рефракция выявлена у 30 пациентов, гиперметропический астигматизм — у 16, миопическая рефракция — у 1, эмметропическая — у 3. Очками пользовались 42 ребенка.

Окклюзия некоего глаза в этой группе проводилась с 1,5–2,0 лет. Все родители отмечали большое сопротивление детей ее применению и связанную с этим нерегулярность выполнения процедуры.

Острота зрения амблиопичного глаза у больных второй группы в 3–3,5 года была очень низкой и представлена в таблице 1.

Только у 7 (14 %) больных имелась средняя степень амблиопии с остротой зрения 0,2–0,15; у 34 (68 %) отмечалась тяжелая степень ее, у 9 (18 %) — очень тяжелая. Центральная зрительная фиксация выявлена только у 3 (6 %) человек, нецентральная — у 45 (90 %), у 2 (4 %) больных фиксация отсутствовала.

После пересмотра очковой коррекции дети второй группы начали получать плеоптическое лечение современными неприцельными методами, используемыми при всех видах фиксации. Применялись: лазерстимуляция, хромостимуляция, электро- и электромагнитная стимуляция, КЭМ-стимуляция, баростимуляция, методы с использованием последовательных образов зрительной системы, вибромассаж, локализатор-корректор, компьютерные методы стимуляции, медикаментозная терапия. Лечение проводилось комплексно с включением в ходе курса лечения 5–7 методов стимуляции.

Большая часть детей с очень низким зрением амблиопичного глаза при проведении плеоптического лечения сопротивлялась выключению лучшего глаза и в связи с этим сеансы аппаратного лечения принимала неохотно. Почти все больные этой группы получили по 6–8 курсов плеоптического лечения. В перерывах между лечебными сеансами и между курсами из-за сопротивления детей полной окклюзии лучшего глаза многим из них проводилась полупрозрачная окклюзия с помощью полупрозрачных пленок или полупрозрачного окклюдора В. И. Сердюченко–Е. И. Косого [15]. Результаты такого длительного и трудного плеоптического лечения были невысокими.

В 6–6,5 лет острота зрения косящего глаза 0,5–0,3, совместимая с бинокулярной функцией, име-

лась лишь у 9 (18 %) человек, более высокая острота зрения не достигнута ни у одного больного. Острота зрения 0,2–0,15 отмечена у 19 (38 %) детей, тяжелая степень амблиопии — у 22 (44 %), очень тяжелая — у 9 (18 %). Центральная фиксация на амблиопичном глазу имела у 14 (28 %) пациентов, нецентральная — у 36 (72 %). Очень низкие результаты лечения амблиопии у детей второй группы не позволяют достигнуть у них функционального излечения косоглазия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнение данных относительно остроты зрения косящего глаза у больных первой и второй групп свидетельствует о значительно более высоких показателях ее в первой группе детей, получивших раннее профилактическое лечение методами пенализации ведущего глаза.

В возрасте 3–3,5 года у больных этой группы легкая и средняя степень амблиопии на косящем глазу была у 76 %, тяжелая степень — у 24 %, центральная фиксация — у 86 %, нецентральная — у 14 %. Очень тяжелой степени амблиопии не наблюдалось ни у одного ребенка. Во второй группе детей, не получивших такого лечения, средняя степень амблиопии имела только у 14 % больных, тяжелая — у 68 %, очень тяжелая — у 18 %, центральная фиксация была лишь у 6 % детей, нецентральная — у 90 %, у 4 % фиксация отсутствовала.

В 6–6,5 лет острота зрения совместимая с бинокулярной функцией достигнута на косящем глазу у 90 % больных первой группы и только у 18 % больных второй группы. Это говорит о том, что значительно улучшить конечные функциональные результаты на завершающем этапе лечения косоглазия возможно только у больных первой группы.

Таким образом, пенализация некосящего глаза путем выключения аккомодации каплями атропина в грудном возрасте и оптической гипо- и гиперкоррекции после года обеспечивают раннее включение косящего глаза маленького ребенка в зрительный процесс, развитие на нем центрального зрения с центральной фиксацией и дают детям возможность без особых затруднений переносить в последующем окклюзию ведущего глаза и проводить плеоптическое лечение для дальнейшего развития зрения амблиопичного глаза.

Описанная при лечении детей первой группы схема применения вариантов метода пенализации может быть индивидуально изменена в отношении сроков, последовательности применения или исключения некоторых вариантов. Главным является **раннее начало лечения и систематическое его проведение.**

Родители ребенка должны быть хорошо проинформированы о необходимости такого лечения

и точного выполнения всех назначаемых лечебных процедур. Лечащий врач должен хорошо понимать сущность различных вариантов пенализации при выборе наиболее рациональных в каждом конкретном случае.

ВЫВОДЫ

1. Тяжелую степень дисбинокулярной амблиопии на косящем глазу при врожденном и рано развившемся монолатеральном косоглазии можно и нужно предупредить ранним применением профилактики. Она заключается в искусственном ухудшении зрения некосящего глаза — пенализации — путем выключения на нем аккомодации каплями 0,1 % атропина у детей грудного возраста и использования лечебной оптической гипо- и гиперкоррекции его на втором и третьем году жизни ребенка.

2. Такая профилактика при дальнейшем лечении больного облегчает устранение амблиопии на косящем глазу и создает условия для улучшения конечных результатов функционального лечения и реабилитации больных с этим сложным видом страбизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Аветисов Э. С.** Дисбинокулярная амблиопия и ее лечение. — М.: Медицина, 1968. — 208 с.
2. **Аветисов Э. С., Михайлянц М. С.** Пенализация в лечении содружественного косоглазия у детей // Вестн. офтальмологии. — 1977. — № 6. — С 17–23.
3. **Аветисов Э. С.** Содружественное косоглазие. — М.: Медицина, 1977. — 312 с.
4. **Белостоцкий Е. М.** Лечение содружественного косоглазия на современном этапе знаний. — М.: Медгиз, 1960. — 312 с.
5. **Бойчук И. М.** Центральное и периферическое бинокулярное зрение у детей с анизометропической и дисбинокулярной амблиопией // Офтальмологический журн. — 2001. — № 5. — С 34–37.
6. **Бойчук І. М.** Патогенетичні механізми амбліопії: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Одеса, 2006.
7. **Гончарова С. А.** Лечение и некоторые вопросы патогенеза дисбинокулярной амблиопии // Вестн. Офтальмологии. — 1964. — № 2. — С 50–54.
8. **Гончарова С. А.** К вопросу о патогенезе потери центральной фиксации при амблиопии. // 4-й съезд офтальмологов УССР. Киев: Здоровье, 1964. — С 424–426.
9. **Гончарова С. А., Пантелеев Г. В.** Функциональное лечение содружественного косоглазия. — Луганск.: Янтарь, 2005. — 225 с.
10. **Гончарова С. А., Пантелеев Г. В., Тырлова Е. И.** Амблиопия. — Луганск.: Янтарь, 2006. — 254 с.
11. **Гончарова С. А., Петруня А. М., Пантелеев Г. В., Тырлова Е. И.** Современная плеоптика. // Офтальмологический журн. — 2008. — № 4. — С 74–81.
12. **Кашенко Т. П., Поспелов В. И., Шаповалов С. Л.** Проблемы глазодвигательной и бинокулярной патологии // Тез. докл. 8-го съезда офтальмологов России. М. 2005. — С 740–741.

13. **Кашенко Т. П.** Новые возможности диагностики и лечения при глазодвигательной патологии // Тез. докл. 9-го съезда офтальмологов России. М. 2010. — С 447–448.
14. **Поспелов В. И.** Проблемы диагностики и лечения патологии бинокулярного зрения // Тез. докл. 9-го съезда офтальмологов России. М. 2010. — С 450–451.
15. **Сердюченко В. И., Косой Е. И.** Полупрозрачный окклюзор для лечения амблиопии // Офтальмологический журн. — 2006. — № 2. — С 48–49.

Поступила 18.11.2010

Рецензент д-р мед наук В. И. Сердюченко

EARLY PREVENTIVE OF THE SEVERE FORMS OF DYSBINOCULAR AMBLYOPIA IN CONGENITAL AND EARLY DEVELOPED UNILATERAL SQUINT

Goncharova S. A., Petrunya A. M., Panteleev G. V.

Lugansk, Ukraine

Severe amblyopia of the squint eye with the unilateral congenital and early developed squint can be prevented by the application of early prophylaxis. It consists in artificial worsening in the sight of the nonsquint eye — penalization — by the turning off accommodation in it by means of the instillation of one drop of 0.1 % solution of atropine sulfate once per three days, beginning from 5–6 month of the child's age, and the application of the optical hypo- and hypercorrection at the age over a year.



УДК 617.7-053.8.313.13(477)

АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ПОШИРЕНОСТІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У 2001–2008 РОКАХ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

О. М. Черемухіна к.мед.н.

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока» (Київ, Україна)

Проанализированы региональные особенности распространения некоторых заболеваний глаза среди взрослого сельского населения Украины, осуществлена их типологизация и сделаны выводы относительно офтальмологической ситуации, сложившейся в изученных регионах. По уровню распространённости заболеваний глаза наиболее высокие показатели установлены в Черниговской, Винницкой, Ровенской, Харьковской, Хмельницкой, Черкасской и Сумской областях, а по динамике распространения — в Крыму, Житомирской, Днепропетровской, Херсонской и Харьковской областях. Результаты анализа позволяют утверждать, что этнопатологические изменения, вызывающие заболевания организма, тесно связаны с развитием заболеваний глаза, потому их необходимо учитывать при организации всех уровней офтальмологической помощи взрослому сельскому населению.

Ключові слова: хвороби ока, поширеність, сільське населення, Україна.

Ключевые слова: болезни глаза, распространённость, сельское население, Украина

Вступ. Охорона здоров'я на пострадянському просторі зараз знаходиться в стані глибокої системної кризи [4]. Високі показники захворюваності, падіння загальної працездатності, зниження інтелектуального потенціалу нації [2, 5, 7], незадоволення населення доступністю медичної допомоги свідчать про необхідність перегляду ролі суспільства в управлінні охороною здоров'я [8]. Однією з найбільш гострих проблем сучасної офтальмологічної галузі у системі охорони здоров'я в Україні є забезпечення медичною допомогою сільського населення [1, 3].

Мета дослідження: аналіз закономірностей і регіональних особливостей у поширеності хвороб ока та його придатків у дорослого сільського населення України для наукового обґрунтування системи надан-

ня офтальмологічної допомоги сільським мешканцям і розроблення шляхів профілактики хвороб ока.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. Проведено аналіз первинних даних офіційної статистики, отриманих від Центру медичної статистики МОЗ України, щодо рівнів поширеності захворювань населення, яке мешкає у сільській місцевості України, за VII класом захворювань (відповідно до МКХ-10) — «Хвороби ока та його придаткового апарату» (далі — ХОП).

Основним джерелом первинної інформації були дані офіційної статистики [6], представлені у державній (галузевій) статистичній звітності МОЗ України № 12 за період 2001–2008 рр.

Рівень та динаміка поширеності класу захворювань та його окремих груп (нозологічних класів) вивчались в розрізі

© О. М. Черемухіна, 2011