



Рис. 4. Исследование на цифровой щелевой лампе переднего отрезка глазного яблока больного с дислокацией ИОЛ на 1-е сутки после операции. Произведено удаление и замена ИОЛ, придопластика.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование демонстрирует, что, несмотря на тяжесть исходного состояния глаз с такой патологией, применение современных хирургических технологий обеспечивает высокие

зрительные функции в подавляющем большинстве случаев. На сегодняшний день больные с осложнениями, требующими замены интраокулярной линзы продолжают обращаться за хирургической помощью. Операция реимплантации ИОЛ является реконструктивным хирургическим вмешательством, обеспечивающим наиболее полную социально-профессиональную реабилитацию больных с дислокацией или биodeградацией интраокулярных линз.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Кобаев С. Ю.** Типичные осложнения, приводящие к удалению или замене интраокулярных линз // Современные технологии хирургии катаракты 2004: Сб. науч. статей по материалам V Международной научно-практ. конференции. — Москва, 2004. — С.104–108.
2. **Малюгин Б. Э., Рахим М. Файез.** Новая техника шовной фиксации дислоцированных эластичных монолитных интраокулярных линз // Современные технологии хирургии катаракты 2004: Сб. науч. статей по материалам V Международной научно-практ. конференции. — Москва, 2004. — С.104–108.
3. **Malyugin B.** Subluxated IOLs come with strings attached // Eurotimes. — 2006. — Oct. — № 10 (11). — P.8.

Поступила 06.12.2012.

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DISLOCATION OR DISTURBANCE OF THE QUALITY PROPERTIES OF THE INTRAOCULAR LENSES

Kovalenko Yu. V.

The analysis of surgical treatment of patients with complications leading to removing and changing of implanted intraocular lens is carried out. The results demonstrate substantial improvement of the vision's functions after removing and reimplantation of IOL.



УДК 617.758.1.11:617.751-073.581

К ВОПРОСУ ОБ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АККОМОДАЦИОННОМ СОДРУЖЕСТВЕННОМ СХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ

Л. А. Бруцкая, канд. мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»

Основными причинами, приводящими к снижению зрения у детей, являются рефракционные нарушения [3, 4]. Среди причин слепоты и слабо-видения они составляют 22,4 %-98,4 % случаев [5, 15]. Некорригированная аметропия является причиной не только снижения остроты зрения, нарушения функций мышечно-аккомодационного аппарата глаза, но и проявления неврозов, задержки общего развития детей и др. [11, 14]. Это диктует необходимость своевременной рациональной ее коррекции [21]. Поэтому проблема аномалий рефракции глаза имеет как медицинское, так и социальное значение.

Снижение зрения, появление косоглазия, безусловно, связано с частичным выключением зрительного сенсорного сигнала [6, 10]. В раннем детском возрасте это может оказать существенное влияние не только на монокулярные, но и на бинокулярные функции [18–20].

Немаловажную роль при этом играет правильный подбор оптической коррекции. Первым шагом при лечении существующей девиации является постоянное ношение очков. Оптическая коррекция необходима не только для достижения максималь-

© Л. А. Бруцкая, 2013

ной остроты зрения при наличии аметропии, но и для исключения аккомодационно-рефракционного фактора возникновения косоглазия. Ранняя оптическая коррекция позволяет не только оптимально откорректировать, но и использовать ее с целью профилактики формирования амблиопии и достижения максимально возможных зрительных функций на разных этапах развития зрительного анализатора [8].

Наиболее сложной для достижения совершенных результатов и полной реабилитации пациентов следует считать задачу восстановления и сохранения бинокулярного зрения [1, 7, 17].

В качестве примера можно привести наиболее встречающийся случай больной А., 6 лет. В Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины обратилась мать с жалобами на косоглазие левого глаза у ребенка. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,9 в своих очках со сферой + 3,0 = 0,9; острота зрения левого глаза = 0,5 в своих очках со сферой + 3,0 = 0,5. Левый глаз отклонен кнутри 5–10° без очков, в очках 5°. По цветотесту монокулярный характер зрения с 5м. Оба глаза: глазное дно без видимой патологии, фиксация фовеальная. С целью уточнения рефракции и подбора коррекции была назначена 3-х дневная атропинизация. На фоне циклоплегии рефракция правого и левого глаза: 90° +5,0 дптр, 180° +5,0 дптр. Острота зрения в условиях циклоплегии правого глаза = со сферой + 5,0 = 0,9–1,0; острота зрения левого глаза = со сферой + 5,0 = 0,5–0,6. Девиация с широким зрачком 0°. Назначена очковая коррекция на оба глаза: сфера +4,0 дптр. Поставлен диагноз ОУ: содружественное сходящееся аккомодационное косоглазие, гиперметропия средней степени, OS- амблиопия слабой степени. Ребенок очки носил постоянно, закрывал правый глаз на 3 часа в день. Через 2 месяца острота зрения правого глаза = со сферой + 4,0 = 1,0; острота зрения левого глаза = со сферой + 4,0 = 0,9–1,0. На цветотесте бинокулярный характер зрения с 5 м. Установочные движения при тесте с перекрытием, в очках 0°. До 20 лет пациентка постоянно носила очки. При последнем осмотре острота зрения правого глаза = 1,2 со сферой + 2,0 = 1,4; острота зрения левого глаза = 1,2 со сферой + 2,0 = 1,4. Девиация без очков и в очках 0°, установочных движений нет. Цветотест- бинокулярное зрение с 5м в очках и без очков.

У детей уже в раннем возрасте возникает функциональная взаимосвязь как между оптическим и двигательным аппаратами, так и между обеими половинами зрительного анализатора [2].

В представленном клиническом примере некорректированная гиперметропия средней степени способствовала постоянному напряжению аккомодации, что привело к повышенному нервному импульсу, вызывающему конвергенцию и развитие

содружественного сходящегося косоглазия. Мышечный баланс является одним из необходимых составляющих полноценного бинокулярного зрения. Согласно мышечно-рефлекторной гипотезе асимметрию в расположении и силе действия глазодвигательных мышц компенсируют оптомоторные рефлексы, обеспечивающие перераспределение усилий отдельных мышц для осуществления бификсации изображений в одном и другом глазу в симметричных корреспондирующих точках сетчатки. Аномалии рефракции обуславливают необходимость постоянного использования коррекции, так как при отсутствии дополнительных вспомогательных средств создаются трудности для адаптационного механизма, что способствует ускорению развития амблиопии.

Первоочередной задачей при этом является правильный подбор очковой коррекции. В дальнейшем это предотвращает нарушение симметрии в положении глаз. Детям с амблиопией очки назначают только на основании результатов объективного определения рефракции в условиях циклоплегии, при которой снимается избыточный тонус цилиарной мышцы. Целесообразно проводить атропинизацию (трехдневное закапывание атропина 2 раза в день). Так, при гиперметропии в возрасте 2–4 лет с учетом возрастной нормы назначают постоянную коррекцию. Сферическую линзу выписывают на 1 дптр меньше степени гиперметропии, определенной объективным методом после циклоплегии.

При поступлении пациентка была некорректирована, в очках оставался остаточный угол косоглазия. Только после проведения атропинизации и подбора оптимальной коррекции девиация стала равна 0°.

При назначении очков нужно стремиться повысить остроту зрения и создать надлежащие взаимоотношения между аккомодацией и конвергенцией. Выравнивание зрительной линии косящего глаза создает благоприятные условия для развития бинокулярного зрения [16].

Обязательным является и назначение окклюзии ведущего глаза на 2–3 часа в день. Действие прямой окклюзии заключается в исключении тормозящего влияния на амблиопичный глаз со стороны фиксирующего глаза и в переносе основной зрительной нагрузки на амблиопичный глаз [3, 9]. Необходимо отметить, что при непостоянном характере косоглазия длительная окклюзия ведущего глаза нежелательна (на целый день), так как она может спровоцировать увеличение угла косоглазия и ухудшение состояния показателей бинокулярного зрения.

Конечной же целью лечения косоглазия является восстановление бинокулярного зрения [12, 13].

Длительное ношение очков у этого ребенка оказало опосредованное влияние на состояние мо-

торной системы механизма бинокулярного зрения, способствовало восстановлению нормосенсорных связей и утраченных зрительных функций. Фовеальные ретинокортикальные элементы обоих глаз стали доминантными, была восстановлена их совместная деятельность. Это способствовало тому, что к 20 годам девиация в очках и без очков составила 0°. В данном случае правильный подбор очковой коррекции, раннее ее назначение способствовали восстановлению не только сенсорных, но и сенсорно-моторных связей, то есть исправлению косоглазия и восстановлению бинокулярного зрения.

Этиологические данные при различных формах амблиопии у детей в известной мере помогают выяснить патогенез, определить прогноз заболевания и решить вопрос о лечении больного. В период роста глаза особенно необходимы систематические исследования клинической рефракции, а при ее аномалиях постоянное использование коррекции. Это исключит проявление тяжелых последствий, неминуемо возникающих при некорригированных и недокорригированных аметропиях. Вопросы ранней диагностики аметропий, амблиопии, мышечного дисбаланса входят в общую задачу лечебно-оздоровительного комплекса для детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Аветисов Э. С., Кащенко Т. П.** // Сб. научн. трудов Мос. НИИ им. Гельмгольца. — М.: Русомед, 1993. — С. 199–209.
2. **Аветисов Э. С., Ковалевский Е. И., Хватова А. В.** Руководство по детской офтальмологии. — М.: Медицина, 1987. — 495 с.
3. **Аветисов Э. С.** Содружественное косоглазие. — М.: Медицина, 1977. — 312 с.
4. **Аветисов С. Э., Рыбакова Е. Г.** // Офтальмол. журн. — 1996. — № 2. — С. 68–72.
5. **Алифанова Т. А.** Слепые и слабовидящие дети школьного возраста в УССР. Пути совершенствования их реабилитации: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Одесса, 1991. — 16 с.
6. **Бойчук И. М.** // 4 научно-практична конференція дитячих офтальмологів України з міжнародною участю «Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкозорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування» 1–2 жовтня 2009 р. — Партевіт, Алушта, АР Крим. — С. 280–299.
7. **Бойчук И. М., Бушуева Н. Н., Соловьева Л. Н.** // Офтальмол. журн. — 2003. — № 5. — С. 44–46.
8. **Бруцкая Л. А.** // «Актуальні питання офтальмології», науково-практ. конф. офтальмологів Закарпатської, Львівської, Івано-Франківської, Тернопільської, Чернівецької областей 26–27 квітня 2012 р., м.Ужгород, Одеса-Ужгород. — С. 48–49.
9. **Бруцкая Л. А.** // Офтальмол. журн. — 2010. — № 6. — С. 100–104.
10. **Вит В. В.** Строение зрительной системы человека. — Одесса, «Астропринт», 2003. — 655 с.
11. **Иванов Д. Ф., Безуглый Б. С.** // Офтальмол. журн. — 1990. — № 4. — С. 226–231.
12. **Кащенко Т. П.** // Вестн. офтальмол. — 2006. — № 1. — С. 32–35.
13. **Коломиец В. А.** Диагностика и коррекция нарушений бинокулярных функций при аметропиях, анизометропии, содружественном косоглазии: Дис... докт. мед. наук. — Одесса, 1999. — 270 с.
14. **Кужда І. М., Сердюченко В. І.** // Тези міжнар. науково-практич. конф. лікарів-офтальм. України «Запобігання сліпоті у дітей в Україні в рамках виконання програми ВООЗ «Зір-2020» з практичним семінаром «Жива хірургія». — Київ, 2005. — С. 171–178.
15. **Либман Е. С., Шахова Е. В.** // Вестн. офтальмол. — 2006. — № 1. — С. 35–37.
16. **Пильман Н. И.** Безоперационное лечение содружественного косоглазия у детей // Киев, 1955. — С. 79.
17. **Розенберг В. А.** Диагностика и лечение нарушений сенсорных механизмов монокулярного и бинокулярного зрения при содружественном косоглазии и амблиопии: Дисс... д-ра мед. наук: 14.00.08. — Одесса, 1980. — 229 с.
18. **Розенблюм Ю. З.** Оптометрия. — Санкт-Петербург: Гиппократ, 1996. — 272 с.
19. **Сенякина А. С.** // Офтальмол. журн. — 1976. — № 5. — С. 384–388.
20. **Сердюченко В. И.** // Офтальмол. журн. — 1994. — № 5. — С. 262–266.
21. **Тарутта Е. П.** // Межд. научно-практич. офтальмол. конф. «Функциональные методы диагностики и лечения рефракционных нарушений», 22 апреля 2010 г., Москва. — С. 15–46.

Поступила 15.11.2012.

