ФЕМТОСЕКУНДНЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ IN SITU КЕРАТОМИЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДИКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКОЙ АНИЗОМЕТРОПИЕЙ

Куликова И.Л., Косороткина Т.И.

Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК „Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Чебоксары, Россия

Актуальность. Аномалии рефракции – наиболее частая проблема детского возраста, требующая своевременного выявления и коррекции, в целях недопущения декомпенсации в виде развития амблиопии и косоглазия [1,4]. Развитие рефракционной хирургии и признание целесообразности применения данных операций у детей при неэффективности традиционного консервативного лечения способствовало более успешному лечению анизометропической амблиопии [2, 3, 5]. Однако хирургические методы являются лишь «пусковым моментом» для создания условий лечения амблиопии, особенно в случае ее высокой степени. Функциональные методы лечения широко используются для извлече-

ния резервных возможностей зрительного анализатора. Среди новых, более эффективных консервативных методов, следует отметить способ коррекции зрительных функций методом функционального биоуправления (ФБУ) по параметрам электроэнцефалографии, где тренировочные упражнения направлены на центральные звенья регуляции зрительных функций.

Цель исследования. Проанализировать отдаленные клинико-функциональные результаты лазерного in situ кератомилеза с использованием фемтосекундного лазера (ФемтоЛАЗИК) в сочетании с методикой ФБУ в лечении амблиопии у детей с гиперметропической анизометропией.

Материал и методы. В исследование вошли 17 пациентов (17 глаз) в возрасте от 6 до 10 лет. У всех пациентов диагностирована амблиопия высокой степени на худшем глазу. Рефракция парного глаза близка к эмметропии. Период наблюдения составил 2 года. Величина анизометропии по сферическому эквиваленту рефракции в среднем составила 5,15±0,13 дптр. Некорригированная острота зрения (НОЗ) составила в среднем 0,08±0,02, корригированная острота зрения (КОЗ) – 0,2±0,09.

ФемтоЛАЗИК выполняли с помощью фемтосекундного лазера с частотой повторения импульсов 60 кГц (IntraLase FS, California) и эксимерного лазера «Микроскан» с частотой повторения импульсов 300 Гц (Россия, Троицк). Консервативное лечение проводили через 3-6 месяца после операции, затем через каждые 6 месяцев до получения желаемого эффекта в течение 2 лет.

Результаты. Осложнений во время ФемтоЛАЗИК не было. Уже на 4 день после операции НОЗ была близка к максимально корригированной остроте зрения до операции. Через 2 года после операции и курсов консервативного лечения величина анизометропии по средним данным сферического эквивалента рефракции составила в среднем 1,25±0,03 дптр (от +0,5 до +2,5 дптр), РОЗ – 0,65±0,1; НОЗ – 0,55±0,1, КОЗ – 0,72±0,08. К 12 месяцу после операции и консервативного лечения данные РОЗ увеличились на 0,3, НОЗ на 0,5, КОЗ на 0,52.

В большинстве случаев пациенты во время аутотренинга жалоб не предъявляли, кроме двух случаев, когда острота зрения амблиопичного глаза была ниже 0,1. Повышение остроты зрения дети отмечали уже после 4–5 сеанса. На первом этапе раннего послеоперационного лечения методом ФБУ создавались условия для извлечения резервных возможностей зрительной системы пациента. Во время следующих сеансов шло закрепление и улучшение полученных результатов. Исходно для лечения были взяты дети с тяжелыми случаями рефракционных нарушений, с анизометропией и амблиопией, большинству из пациентов офтальмологами по месту жительства был сделан вывод о безуспешном использовании консервативных традиционных методик. Положительные результаты после рефракционной операции и нескольких этапов консервативного лечения во всех проанализированных случаях позволяют говорить о том, что операция ФемтоЛАЗИК в сочетании с комплексом ФБУ – один из наиболее перспективных способов восстановления зрительных функций у детей со сложной врожденной рефракционной патологией.

Заключение. Своевременное исправление рефракционного нарушения с помощью операции ФемтоЛАЗИК с последующей мобилизацией резервных возможностей зрительной системы через ее центральные механизмы посредством комплекса ФБУ является перспективным и эф-

фективным методом лечения амблиопии у детей с гиперметропической анизометропией.

Список литературы

1. Аветисов С.Э., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 872 с.

2. Дога А.В., Кишкин Ю.А., Антонова Е.Г., Костюченкова Н.В. Исследование волнового фронта при коррекции аметропий у детей и подростков методом ЛАЗИК // Детская офтальмология, итоги и перспективы: Сб. науч. работ. – М., 2006. – С. 206–207.

3. Куликова И.Л. Пространственная контрастная чувствительность и роговичные аберрации высших порядков после рефракционных операций у детей с гиперметропической анизометропией // Вестник офтальмологии. – 2009. – № 4. – С. 11–14.

4. Сердюченко В.И. Тренировки аккомодационной способности при гиперметропии – альтернатива очкам или дополнение к ним // Офтальмологический журнал. – 2000. – № 2. – С. 30–33.

5. Astle W.F., Rahmat J., Ingram A.D., Huang P.T. Laser-assisted subepithelial keratectomy for anisometropic amblyopia in children: outcomes at 1 year // J. Cataract Refract. Surg. – 2007. – Vol. 33. – P. 2028–2034.