Так, если при I стадии патологии ШОП миопия высокой степени составляла 27,2% (12 гл.); во II стадии — 30% (6 гл.); в III стадии — 27,2% (18 гл.), то при IV ст. — 61, 5% (16 гл.); против контрольной группы — 27,8% (10 гл.).

При близорукости слабой степени частота отклонений в гемодинамических показателях (Vp, Vd) в позвоночных артериях (ПА) при патологии ШОП недостоверны.

При миопии слабой степени выявлены достоверные отклонения гемодинамических показателей в ВСА и ГА у пациентов без патологии ШОП. Так, если при IV стадии ШОП гемодинамические нарушения (Vp, Vd) в ВСА констатированы у 11,5% (3 гл.) и 7,7% (2 гл.), то в КГ соответственно у 30,6% (11 гл.) и 27,8% (10 гл.); в ГА — у 19,2% (5 гл.) и 7,7% (2 гл.), против 30,6% (11 гл.) и 36, 1% (13 гл.) контрольной группы.

Выводы: таким образом, выраженные изменения в шейном отделе позвоночника нарушают микроциркуляцию в позвоночных и глазничных артериях и способствуют прогрессированию миопии высокой степени.

М.Н. Федорова, И.Л. Куликова, И.П. Шахматова, Н.П. Паштаев

Метод лечения содружественного косоглазия в сочетании с анизометропией

Чебоксарский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова Росздрава»

Актуальность: при сочетании косоглазия и односторонней патологии рефракции традиционные консервативные способы лечения малоэффективны. При этом из-за того, что дети не носят очков и контактных линз на хуже видящем и косящем глазу, развивается амблиопия — дисбинокулярная, анизометропическая и рефракци-

онная (Пильман Н.И., 1964). В настоящее время не подлежит сомнению, что эффективность лечения различных видов амблиопии и косоглазия наиболее высока в раннем детском возрасте (до 7-9 лет), однако является дискутабельным вопрос об очередности проведения разных видов лечения. Если угол косоглазия является непостоянным и небольшим, не превышает 10° по Гиршбергу, то проведение рефракционной операции исправляет не только анизометропию, но и способствует устранению косоглазия. При угле косоглазия более 20° как правило, сначала производят хирургическое лечение косоглазия, затем проводится очковая или контактная коррекция в сочетании с консервативным лечением амблиопии, а затем, при неэффективности традиционного консервативного лечения, проводится рефракционная операция. При угле косоглазия от 10 до 15-20° по Гиршбергу порядок проведения операций остается до сих пор не решенным вопросом (Бочкарева А.А., 1989). Следует отметить, что операции на глазах у детей проводятся под наркозом, и это очень беспокоит родителей, особенно если речь идет о двух операциях подряд с небольшим промежутком времени в 3-6 мес. Поэтому нередко из-за боязни повторного наркоза и связанных с ним потенциальных осложнений проведение рефракционной операции откладывается родителями на неопределенный срок, и это отрицательно сказывается на результатах лечения амблиопии и восстановлении бинокулярного зрения. Несвоевременное исправление аметропии на худшем глазу после хирургического исправления косоглазия, усугубленное различными видами амблиопии, может приводить к рецидивам косоглазия и делает детей по существу рефракционными инвалидами, т.к. амблиопия в более старшем возрасте практически не лечится.

Цель: разработка безопасного, прогнозируемого и эффективного способа хирургического лечения амблиопии и косоглазия у детей с анизометропией и углом косоглазия до 20°по Гиршбергу.

Материал и методы: хирургическое лечение проводили следующим образом. Под общей анестезией первым этапом выполняли лазерный кератомилез in situ с помощью отечественной эксимерлазерной установки «Микроскан» и микрокератома «Moria-LSK2» по заранее расчитанным параметрам. После проведения лазерной абляции, укладки и расправления поверхностного лоскута роговицы накладывали мягкую контактную линзу для фиксации роговичного лоскута и предотвращения его повреждения во время дальнейших манипуляций. Затем проводили рецессию мышцы, находящейся в со-

стоянии гиперфункции на 4 мм, а также при необходимости резекцию мышцы, находящейся в состоянии гипофункции (от 4 до 6 мм в зависимости от величины угла косоглазия) по общепринятой методике. В послеоперационном периоде назначались инстилляции антибиотика, дексаметазона и натуральной слезы. Фиксационная контактная линза снималась на следующий день после операции. Зрительные функции восстанавливались в течение 3-4 недель после операции. В раннем послеоперационном периоде проводили курс ортоптического аппаратного лечения, при необходимости через 3-4 месяца после операции проводили консервативное лечение амблиопии (лазерстимуляцию, фотостимуляцию, компьютерные упражнения, медикаментозное лечение). Через 6 месяцев после операции острота зрения без коррекции была выше на 0,1-0,2 в сравнении с предоперационной остротой зрения с коррекцией, наблюдался хороший косметический и функциональный результат исправления косоглазия, а также у большинства пациентов восстанавливалось бинокулярное зрение.

Результаты и выводы: таким образом, одновременное проведение коррекции аметропии методом ЛАЗИК и оперативного исправления косоглазия до 15-20° по Гиршбергу обеспечивает высокие функциональные результаты, быстрое повышение зрения и восстановление бинокулярного зрения, кроме того, значительно сокращает сроки лечения и избавляет от необходимости повторного хирургического лечения под наркозом. Использование предлагаемого способа лечения способствует социальной и профессиональной реабилитации детей и подростков.