

ОБЩЕСТВО ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ



Новосибирский филиал ФГУ
“МНТК “МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА”
имени академика С.Н. Федорова
Росмедтехнологии”

Программа круглого стола

**«Актуальные вопросы
современной страбизмологии
и рефракционные нарушения
у детей»**



г. Новосибирск 2008 г.

ОДНОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ И АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКОЙ АНИЗОМЕТРОПИЕЙ

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

Чебоксарский филиал «ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии», г. Чебоксары

Актуальность проблемы. При сочетании косоглазия и односторонней патологии рефракции традиционные консервативные способы лечения мало эффективны. При этом из-за того, что дети не носят очков и контактных линз на хуже видящем и косящем глазу, развивается амблиопия - дисбинокулярная, анизометропическая и рефракционная. Распространенность дисбинокулярной амблиопии при косоглазии составляет от 69% до 87%, рефракционной амблиопии – от 15% до 70%. В школах для слабовидящих около 30% учащихся составляют дети, потеря зрения у которых обусловлена амблиопией, которая не всегда поддается плеоптическому лечению [2, 4]. В настоящее время не подлежит сомнению, что эффективность лечения различных видов амблиопии и косоглазия наиболее высока в раннем детском возрасте (до 7-9 лет) [1, 5], однако является дискуссионным вопросом 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 достаточно часто 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.

Лечение этой группы пациентов проводится в Чебоксарском филиале «ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова Росмедтехнологии» в течение последних 10 лет. Ранее мы сообщали о том, что первым этапом лечения необходимо устранение косоглазия, а затем, через 2-3 месяца проведение второго этапа – рефракционной лазерной операции [3]. В перерывах между этапами лечения и в течение года проводилась общепринятая схема лечения (плеопто-ортопто-диплоптическое лечение).

В последнее время в филиале внедрен метод одновременного проведения рефракционной операции по методу лазерного *in situ* кератомилеза (LASIK) и исправления косоглазия от 10° до 15-20° по Гиршбергу (заявка на изобретение №20066133615 от 20.09.2006). К этому нас подтолкнуло отрицательное отношение родителей к необходимости проведения наркоза детям дважды с небольшим перерывом по времени.

Целью нашей работы явился анализ эффективности и безопасности одновременного хирургического лечения косоглазия и амблиопии у детей с гиперметропической анизометропией.

Материалы и методы. Пролечено 27 пациентов в возрасте от 7 до 14 лет с односторонней гиперметропией, осложненной сходящимся косоглазием и амблиопией в 100% и нарушением бинокулярного характера зрения в 86% случаев. Общий период наблюдения – 1,5 года. Предоперационное обследование проводилось по общепринятой методике.

Хирургическое лечение проводилось под общей анестезией следующим образом. Первым этапом выполняли LASIK для коррекции гиперметропии и лечения амблиопии. LASIK выполняли с помощью отечественной эксимерлазерной установки «Микроскан 2000», с частотой следования импульсов 200 Гц и размером пятна 0,7 мм, с формированием крышки на 12 часах с помощью микрокератома «Moria-LSK2» и одноразовой головки 90 мкм. После проведения лазерной абляции по заданному алгоритму, укладки и расправления поверхностного лоскута роговицы накладывали мягкую контактную линзу для фиксации роговичного лоскута. Затем сразу проводили вторую операцию по устранению косоглазия - рецессию мышцы, находящейся в состоянии 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. Осложнений во время операций не было. В раннем послеоперационном периоде назначали курс ортоптического аппаратного лечения, при необходимости через 3-4 месяца после операции проводили консервативное лечение амблиопии (лазерстимуляцию, фотостимуляцию, компьютерные упражнения, медикаментозное лечение).

Результаты. Клиника послеоперационного периода характеризовалась умеренно-выраженными симптомами раздражения глаза (рис.1).

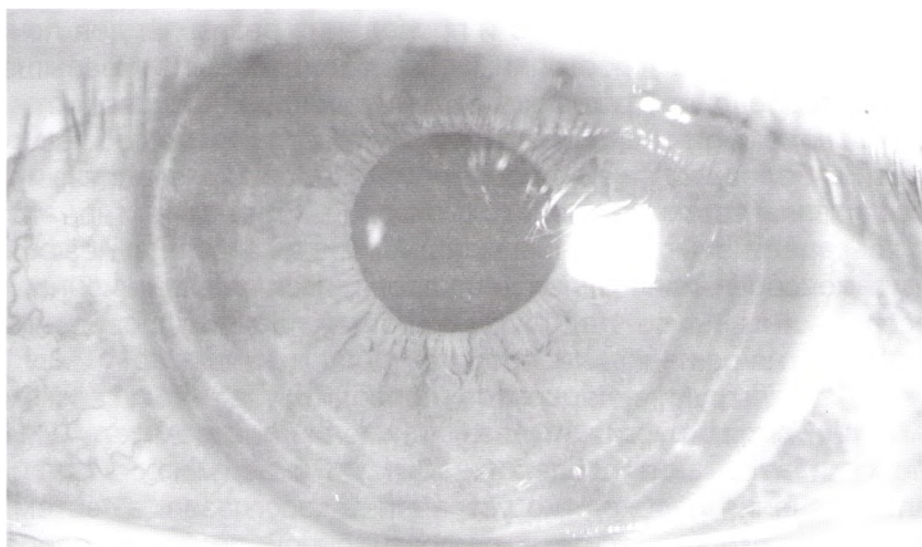


Рисунок 1. Глаз пациента М., 10 лет, на 1–е сутки после комбинированной операции LASIK и исправления косоглазия

Назначались инстилляци тобрекса, дексаметазона и офтагеля. Фиксационная контактная линза снималась на следующий день после операции. Зрительные функции восстанавливались в течение 3-4 недель. Ортофория получена у 25 (92,5%) пациентов, у 2 (7,4%) пациентов имелся гипозэффект не более 5-7° по Гиршбергу. На 7 день после операции в 70% случаев некорригированная острота зрения (НОЗ) была выше на 0,1-0,2 в сравнении с дооперационной корригированной остротой зрения (КОЗ). Функциональные результаты до и через 1,5 года после лечения приведены в табл. 1 и 2.

Таблица 1.

Сравнительные данные средних функциональных показателей до и через 1,5 года после операции (дптр, $M \pm m$, $n=27$)

| | До операции | После операции |
|---------|-------------------|---------------------|
| сфера | $+4,75 \pm 1,22$ | $+1,5 \pm 0,84$ * |
| цилиндр | $- 3,75 \pm 0,97$ | $-0,85 \pm 0,07$ ** |
| НОЗ | $0,1 \pm 0,02$ | $0,35 \pm 0,08$ ** |
| КОЗ | $0,25 \pm 0,15$ | $0,51 \pm 0,09$ * |

*, ** отличие от данных до операции статистически достоверно соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$

Таблица 2.

Сравнительные данные по амблиопии и характеру зрения до и через 1,5 года после операции ($n=27$)

| | До операции доля глаз (%) | После операции доля глаз (%) |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Амблиопия слабой степени | 15 (55,5%) | 22 (81,48%) |
| Амблиопия средней степени | 9 (33,3%) | 4 (14,81%) |
| Амблиопия высокой степени | 3 (11,1%) | 1 (3,7%) |
| Бинокулярный характер зрения | 4 (14,81%) | 15 (55,5%) |
| Одновременный характер зрения | 16 (59,25%) | 8 (29,62%) |
| Монокулярный характер зрения | 7 (25,92%) | 4 (14,81%) |

Уменьшение анизометропии и исправление косоглазия способствовало достаточно быстрому увеличению зрительных функций, при этом НОЗ в среднем увеличилась на 0,35, КОЗ – на 0,31, а количество глаз с амблиопией слабой степени составило после лечения 81,4% случаев. Бинокулярный характер зрения был восстановлен в 40% случаев. Из 7 (25,92%) пациентов с монокулярным характером зрения положительный результат лечения с восстановлением бинокулярного и одновременного характера зрения достигнут у 3 (42,8%) пациентов. На фоне повышения остроты и качества зрения не удалось изменить характер зрения у 4 (14,81%) пациентов. У всех пациентов было отмечено улучшение качества зрения (автоматизированный тестер контрастного зрения «Takagi» CGT-1000). Пространственная контрастная чувствительность до

операции у всех пациентов для 6 частот составляла в среднем $15,44 \pm 0,69$ ц/град (при норме в контроле $41,27 \pm 0,19$ ц/град), после операции – $32,45 \pm 0,69$ ц/град.

Таким образом, применение метода 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.

Выводы.

1. Одновременное проведение рефракционной операции по методу LASIK и оперативное исправление косоглазия до $15-20^\circ$ по Гиршбергу является безопасным и эффективным методом лечения амблиопии и восстановления бинокулярного характера зрения у детей с гиперметропической анизометропией.
2. Использование метода значительно сокращает сроки лечения основного заболевания и обеспечивает полноценную реабилитацию детей.

Список литературы:

1. Двали М.Л., Мшвидобадзе Э.Г. и др. Лазерный in situ кератомилез как метод одновременного лечения аккомодационного косоглазия и рефракционной амблиопии у детей и подростков с гиперметропией // Федоровские чтения. – 2002.- Тезисы докл. – М., 2002.- С. 101-106.
2. Кащенко Т.П. и др. Клинические и электрофизиологические методы в дифференциальной диагностике амблиопии // Пособие для врачей. М., 1998.- 21 с.
3. Паштаев Н.П., Шахматова И.П., Федорова М.Н. Комбинированное оперативное лечение пациентов с анизометропией и содружественным монолатеральным косоглазием (предварительное сообщение) // Материалы IV Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии, 25-27 апреля. – Екатеринбург, 2006г. – стр. 174-175.
4. Роземблюм Ю.З. Адаптация к аметропиям и принципы их коррекции: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1999.- С.13-78.
5. Сидоренко Е.И. Рефракционная хирургия – удел педиатрической офтальмологии // Съезд офтальмологов России, 8-й: тез. докл. – М., 2005.- С. 364-365.