

имплантация ИОЛ в афакичный глаз. Использовались линзы Т-19 и коллагеновая «гриб».

В таблице 4 представлены данные по остроте зрения прооперированных пациентов через 2 года и более.

Таблица 4. Острота зрения в отдаленном периоде

VISUS	3-6 лет	7-10 лет	11-16 лет	Всего
0,01-0,1	8	7	7	33 (22,6%)
0,2-0,4	10	14	7	47 (32,2%)
0,5-0,7	4	17	14	50 (34,2%)
0,8-1,0	2	2	6	16 (10,9%)
Всего	24	40	34	146

Из данных, приведенных в таблице, видно, что хорошее зрение (0,5 и выше) удалось получить в 45% случаев. Большинство из них относились к двусторонним неполным катарактам или при ранней диагностике и операции с настойчивым лечением амблиопии в случаях односторонней врожденной катаракты. Часть пациентов выбыла из под наблюдения из-за неявки на повторные осмотры. В 22,6% случаев зрение осталось низким (0,1 и ниже), что объясняется как поздним сроком проведения операции (особенно при односторонней и полной катаракте), так и недостаточным усердием родителей по лечению амблиопии.

Заключение

Использование технологии малых разрезов, имплантация ИОЛ в капсулярный мешок, применение гибких моделей ИОЛ позволяют проводить экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ у детей с 6-месячного возраста. При выполнении данных условий воспалительная реакция в послеоперационном периоде обычно выражена умеренно и купируется инстилляциями препаратов. Выполнение операции экстракции врожденной катаракты с одновременной имплантацией ИОЛ улучшает условия лечения амблиопии и повышает процент получения хорошего зрения у детей с данной патологией.

Список использованной литературы:

1. Аубакирова А.Ж. с соавт. Современные технологии хирургического лечения патологии хрусталика у детей // Современные проблемы детской офтальмологии. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 68-70.
2. Боброва Н.Ф., Сорочинская Т.А., Жеков А.К. Рефрактогенез псевдофакичных глаз детей первого года жизни после удаления различных форм врожденных катаракт и

первичной эндокапсулярной имплантации ИОЛ Acrysof // Современные проблемы детской офтальмологии. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 73-74.

3. Захарова Е.К., Поскачкина Т.Р. Экстракция врожденной катаракты у детей // Материалы VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. – С. 348-349.
4. Зубарева Л.Н. Интраокулярная коррекция в хирургии катаракт у детей: Дис. ...докт.мед.наук. – М., 1993. – 50 с.
5. Л.Н. Зубарева, Т. Е. Марченко и др. Рост «коротких» артифактичных глаз у детей с двусторонней врожденной катарактой // Материалы II Евро-азиатской конференции по офтальмологии. – Екатеринбург, 2001. – С. 21.
6. Ковалевский Е.И. Детская офтальмология. – М., 1970. – 387с.
7. Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Жукова О.В., Голубцев С.Л., Малов И.В. К технике экстракции катаракты у детей // Материалы VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. – С. 370.
8. Зрительные функции и их коррекция у детей: Руководство для врачей / под ред. С.Э.Аветисова, Т. П.Кашенко, А.М. Шамшиновой. – М., 2005. – 872с.
9. Lucio Viratto M.D. Хирургия катаракты. – Fabrano Editore, 1999. – 474 с.

Курочкин В.Н., Терехова Т.В., Черков В.А.
Краснодарский филиал ФГУ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. академика
С.Н. Федорова Росмедтехнологии»

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Косоглазие встречается у 0,5-3,5% детей. В комплексном лечении косоглазия доминирующее место занимают хирургические методы коррекции действия глазодвигательных мышц. За 10 лет (1998-2007 гг.) было сделано 4256 операций. Хирургическое лечение косоглазия позволяет достичь хорошего косметического результата в 93% случаев. Оптимальный срок для хирургического лечения косоглазия – дошкольный возраст 3-5 лет, когда пациенты понимают и выполняют ортоптические упражнения в пред- и послеоперационном периодах.

Актуальность

Проблема лечения косоглазия остается актуальной в современной офтальмологии. По данным Аветисова Э.С., Ковалевского Е.И., Кашенко Т. П. косоглазие встречается у 0,5-3,5% детей [1, 2, 3, 4]. В целом в мире насчитывается около 100 млн. косящих. Косоглазие – это не только косметический дефект, но и тяжелый функциональный недостаток, отрицательно влияющий на психику ребенка, вызывая у него боязнь насмешек, замкнутость и отчужденность.

В комплексном лечении косоглазия доминирующее место занимают хирургические методы

коррекции действия глазодвигательных мышц [5, 6, 7, 8]. Основная задача хирургического лечения косоглазия – получить симметричное или близкое к нему положение глаз путем изменения мышечного баланса: усилением одних мышц и ослаблением их антагонистов. Хирургическое лечение косоглазия является одним из важных этапов реабилитации пациентов с девиацией, качество которого существенно влияет на восстановление бинокулярных функций органа зрения.

Целью данной работы является ретроспективный анализ эффективности хирургического лечения косоглазия у детей в Краснодарском филиале ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза».

Материал и методы

За 10 лет (1998-2007 гг.) было сделано 4256 операций по поводу косоглазия, то есть ежегодно выполняется более 400 операций. Среди прооперированных: мальчики составили 41%, девочки – 59%. Возрастной состав пациентов распределился следующим образом: пациенты от 3 до 6 лет составили 46%, от 7 до 14 лет – 41%, от 15 до 18 лет – 13%.

Содружественное косоглазие встречалось в 89% случаев, паралитическое косоглазие – 11% случаев. Сходящееся косоглазие (эзотропия) наблюдалось у 57% пациентов, расходящееся косоглазие (экзотропия) – у 13,7%, вертикальное косоглазие (гипо- или гипертропия) – у 5,5%, комбинированные формы (сходящееся косоглазие с вертикальным компонентом – 17,4%, расходящееся косоглазие с вертикальным компонентом – 2,6%), вторичное обратное косоглазие – у 2,8% больных.

Угол косоглазия до операции представлен в таблице №1.

Таблица 1. Распределение пациентов по величине угла косоглазия

Величина угла косоглазия (°)	Число пациентов (%)
6-10° (малый)	13,3%
11-20° (средний)	69%
21-35° (большой)	12,5%
Более 35° (очень большой)	5,2%

Основные показания к хирургическому лечению косоглазия:

1. Сохранение косоглазия при аметропии после постоянного ношения очков и проведения ортоптических упражнений в течение 1,5– 2 лет;

2. Величина угла косоглазия, требующая хирургической коррекции (постоянный угол в 10° и более);

3. Преимущественный возраст для хирургического вмешательства 3-5 лет, до 6 лет;

4. Паралитическое косоглазие (не ранее чем через 6 месяцев после стабилизации процесса);

Основные принципы хирургического вмешательства при косоглазии:

1. Равномерное распределение эффекта операции на несколько глазодвигательных мышц (ослабление сильных, усиление слабых);

2. Применение таких видов операций, при которых мышца сохраняет надежную связь с глазным яблоком и не изменяет направления своей плоскости;

3. Поэтапное проведение нефорсированных вмешательств с интервалом не менее 4-6 месяцев с последующим функциональным лечением;

4. Одномоментное воздействие не более чем на три мышцы;

5. Тактика предварительного дозирования хирургического вмешательства;

6. Принцип раннего лечения косоглазия.

В предоперационном периоде широко используются призмы Френеля, которые назначаются детям с трехлетнего возраста, что дает возможность для раннего формирования нормальных бинокулярных связей задолго до операции. Призмы Френеля позволяют значительно уменьшить риск возникновения рецидива косоглазия в результате развития механизмов бификсации.

Основные виды операций, используемые нами для устранения косоглазия: операции, ослабляющие действие мышц (рецессия, теномиопластика, теноклеропластика, частичная миотомия); операции, усиливающие действие мышц (резекция, прорафия, тенорафия);

Предложенная нами теномиопластика позволяет в значительной мере усилить эффект стандартной рецессии, позволяя исправить большие углы косоглазия – до 45°, сократить количество этапов при этапной хирургии, а также отказаться от максимальной резекции антагониста, снижая соответственно риск возникновения косметического дефекта. Данный способ хирургического лечения осуществляется следующим образом: после кругового разреза конъюнктивы по лимбу прямая мышца выделяется и отсепааровывается. На мышцу дисталь-

нее места прикрепления накладывается зажим. Отступив 1-2 мм от зажима, мышца надрезается на $\frac{1}{2}$ ее ширины и тупо расслаивается. После отсечения мышцы от склеры мышечный лоскут разворачивается на 180° и подшивается к склере на 1-5 мм дистальнее места прикрепления. Глазное яблоко смещается в конъюнктивно-теноновом мешке в сторону, противоположную ослабленной мышце, с продлением разреза конъюнктивы и теноновой капсулы в эту же сторону. Накладываются узловые швы на разрез конъюнктивы с фиксацией к лимбу (патент №22443750 от 10.01.05 г.).

Результаты

После первого этапа хирургического лечения состояние ортотропии было достигнуто у 62% пациентов. Остаточный угол косоглазия до 5° наблюдался у 20,5% больных. Остаточная девиация более 5° имела место у 17,5% больных. Данные представлены в таблице №2.

Таблица 2. Результаты лечения пациентов с косоглазием после хирургического вмешательства

Угол косоглазия ($^\circ$)	Число больных (%) после I этапа	Число больных (%) после II этапа
0°	62%	75%
До 5°	20,5%	18%
5-15 $^\circ$	15,5%	7%
Более 15 $^\circ$	2%	-

После второго этапа хирургического лечения больных с косоглазием состояние ортотропии было достигнуто у 75% пациентов. Остаточный угол до 5° в сторону гипо- или гиперэфекта наблюдался у 18% больных. В послеоперационном периоде этот остаточный угол у 9% пациентов устранился ортоптическим лечением. Таким образом, состояние ортотропии было достигнуто у 84% больных. В целом положительные результаты хирургии составили 93%. Угол косоглазия более 5° остался у 7% пациентов, большинство из них отказались от повторного оперативного вмешательства.

Выводы

1. Хирургическое лечение косоглазия является надежным и эффективным способом лечения косоглазия, позволяющим достичь хорошего косметического результата в 93% случаев.

2. Наиболее оптимальным сроком для хирургического лечения содружественного ко-

соглазия является дошкольный возраст 3-5 лет, когда пациенты понимают и выполняют ортоптические упражнения в пред- и послеоперационном периодах.

3. Использование призм Френеля в послеоперационном периоде позволяет избежать двоения в послеоперационном периоде, а также значительно уменьшить риск возникновения рецидива косоглазия в результате развития механизмов бификсации.

4. Предложенная нами теномиопластика позволяет в значительной мере усилить эффект стандартной рецессии, что дает возможность исправлять большие углы косоглазия – до 45° .

5. Хирургическое вмешательство по исправлению косоглазия позволяет вернуть ребенку обычный внешний вид и этим решает множество проблем.

Список использованной литературы:

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие. – М.: Медицина, 1977. – 312 с.
2. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей. – М., 2005. – 872 с.
3. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. – М.: Медицина, 1988. – 496 с.
4. Кащенко Т. П. Глазные болезни. – М.: Медицина, 2002. – 560 с.
5. Каллахан А.М. Хирургия глазных болезней. – М., 1963. – 488 с.
6. Краснов М.Л., Беляев В.С. Руководство по глазной хирургии. – М.: Медицина, 1988. – 624 с.
7. Овчинникова А.В., Коробкова Г.В. Комбинированный способ хирургической коррекции косоглазия с большими углами отклонения или с выраженным вертикальным компонентом // Научные труды МНТК «Микрохирургия глаза» /Под ред. акад С.Н. Федорова. – М.,1998. – С. 126-129.
8. Плотникова Ю.А., Чупров А.А., Кудрявцева Ю.В. Опыт хирургической коррекции паралитического косоглазия // Офтальмология стран Причерноморья: сб. науч. трудов / О-во офтальмологов России, Ассоциация офтальмологов Причерноморья, Краснодарский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. – Краснодар: Совет. Кубань, 2006. – С. 224-226.