

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ И АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДЕТСКОГО САДА

Селезнев А.В.*,
Вакурин Е.А., кандидат медицинских наук,
Абрамова Т.Ф.

Кафедра офтальмологии ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

** Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: 8-920-343-16-00.*

Содружественное косоглазие является одной из наиболее частых причин зрительных расстройств в дошкольном и раннем школьном возрасте и, по обобщенным литературным данным, встречается у 1,5–3,5% детей (Кащенко Т.П., 2009; Greenberg A.E., 2007). Существующий в настоящее время подход при лечении больных косоглазием ставит целью достижение правильного положения глаз, повышение остроты зрения и развитие взаимодействия двух монокулярных зрительных систем. По данным литературы, частота восстановления бинокулярного зрения – конечной цели лечения – колеблется от 34 до 84% (Бруцкая Л.А., 2007). Кроме этого, некоторые исследователи сообщают о нестойкости достигнутых результатов и необходимости проведения повторных курсов лечения. Поэтому поиски новых методов функциональной реабилитации, позволяющих более эффективно восстанавливать бинокулярное зрение, по-прежнему остаются актуальными.

В период с 2007 по 2009 гг. в условиях специализированного детского сада нами проведено лечение 60 детей в возрасте от 3,5 до 6 лет, страдающих сходящимся содружественным косоглазием. Неаккомодационный характер косоглазия был диагностирован у 28 детей, частично-аккомодационный – у 20 и аккомодационный – у 12. Ранее всем детям проводились курсы традиционной плеоптики и ортоптики, 30 из них были прооперированы по поводу неаккомодационного или частично-аккомодационного косоглазия. Правильное положение глаз было отмечено у 36 пациентов, у 24 диагностирована постоянная или непостоянная микродевиация (УК до 100 по Гиршбергу). Острота зрения с коррекцией была от 0,4 до 1,0. При исследовании характера зрения по четырехточечному цветотесту с расстояния 5 метров у большинства пациентов (68%) диагностировано монокулярное зрение; бинокулярное зрение не

было отмечено ни в одном случае. С целью повышения эффективности комплексного лечения и более активного воздействия на бинокулярную зрительную систему нами использован способ диплоптического лечения косоглазия, основанный на применении вращающихся призм и динамических цветовых стимулов (патенты РФ № 2353336 от 27.04.2009 г. “Способ развития бинокулярного зрения” и № 64886 от 27.07.2007 г. “Устройство для развития и восстановления бинокулярного зрения”). Всем пациентам было проведено не менее 3 курсов лечебных упражнений, срок наблюдения составил в среднем 12 месяцев.

После лечения число пациентов с бинокулярным зрением составило 34 (57%) ребенка; в то же время отмечалось уменьшение числа детей с монокулярным и одновременным характером зрения. В результате лечения описываемым способом произошло также изменение положения глаз пациентов: увеличилось число детей с ортотропией в условиях оптической коррекции с 36 до 52 ($p < 0,05$), при этом число пациентов с постоянной девиацией уменьшилось с 15 до 4 ($p < 0,05$). Кроме этого, нами отмечено увеличение остроты зрения у всех вошедших в исследование. Так, если до лечения этот показатель был равен в среднем $0,78 \pm 0,02$, то после окончания лечебных курсов он составил $0,91 \pm 0,01$ ($p < 0,05$).

Использование способа диплоптического лечения, основанного на применении вращающихся призм в условиях цветового разделения полей зрения, приводит к более активной стимуляции монокулярной и бинокулярной зрительных систем и позволяет повысить эффективность комплексного лечения косоглазия у части пациентов, ранее безуспешно лечившихся с помощью традиционных методов функциональной реабилитации.