

Динамика среднего ПЗО:

–абсолютный: 0,076 мм;

–относительный: 0,125 мм.

В контрольную группу вошли 24 пациента различной степени миопии (таблица 3).

Таблица 3. Распределение по степени миопии

Рефракция	От 7-10 лет	11-12 лет	13-15 лет	Всего
СА	3	2	1	6
До 3 Д.	8	1	1	10
От 3 Д-6 Д.	1	1	1	3
Более 6Д.	1	3	1	5

Этим пациентам проводились курсы противомиопического лечения, у 5 пациентов в анамнезе – склерукрепляющие операции. Очковая коррекция назначалась в зависимости от степени миопии.

Сроки наблюдения составили от 47 дней до 263 дней (таблица 4).

Возраст	Мальчики	Девочки	Всего
От 7 до 10 лет	1	7	8
От 11 до 12 лет	3	3	6
От 13 до 15 лет	1	5	6
Более 15 лет	3	1	4
Итого	8	16	24

Изменение средней динамической миопии в данной группе составили:

–абсолютный: 0,7 Д;

–относительный: 0,66 Д.

Динамика средней субъективной коррекции, дающей максимальную остроту зрения:

–абсолютный: 0,56 Д;

–относительный: 0,53 Д.

Динамика среднего ПЗО:

–абсолютный: 0,26 мм;

–относительный: 0,25 мм.

Приводим сводную таблицу исследуемых данных (таблица 5).

Таблица 5. Сводная таблица исследуемых данных

	Исследуемая группа		Контрольная группа	
	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Динамика Rf	0,06	0,17	0,7	0,66
Динамика ПЗО	0,07	0,12	0,26	0,25
Коррекция	0,05	0,15	0,56	0,53

Выводы

1. Использование ЭПФ в сочетании с максимальной очковой коррекцией позволило постоянно воздействовать на функциональный компонент миопии, как при работе, так и при взгляде вдаль и, соответственно, оказывать влияние на стабилизацию близорукости.

2. Постоянная максимальная очковая коррекция за счет положительного воздействия на аккомодацию и конвергенцию оказывает стабилизирующий эффект на миопию.

3. Воздействуя призмным компонентом на конвергенцию и аккомодацию, происходит разобщение их взаимного влияния, особенно при зрительной нагрузке вблизи.

4. Учитывая способность ЭПФ устранять часто встречающуюся при миопии экзофорию, одновременно оказывается воздействие на так называемые – «мышечные тиски».

5. Преимуществом данной смешанной коррекции является возможность пользоваться призмами необходимой диоптрийности, по необходимости заменяя их по силе.

Мелехина М.А., Цыганова Т.А.

НАШ ОПЫТ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Представлен анализ результатов лазерного лечения пациентов с диабетическим макулярным отеком различных степеней тяжести. Доказана эффективность фокальной лазерной коагуляции сетчатки при диабетическом макулярном отеке в сочетании с панретиальной коагуляцией.

Частота встречаемости диабетического макулярного отека (ДМ) составляет 4-15% в диабетической популяции. Даже при наличии незначительных изменений периферических отделов сетчатки в виде непролиферативной диабетической ретинопатии (по классификации ВОЗ) макулярный отек представляет собой серьезную угрозу для зрения и приводит к инвалидизации пациентов.

Цель исследования

Проанализировать и оценить результаты лазерного лечения пациентов с наличием диабетического макулярного отека различных степеней тяжести.

Материалы и методы

Проанализированы амбулаторные карты 124 пациентов (201 глаз), находящихся под наблюдением офтальмолога диабетологического центра Областной клинической больницы г. Н. Новгорода. У всех пациентов при обращении был диагностирован клинически значимый макулярный отек. Степень тяжести маку-

лярного отека оценивалась по классификации Измайлова А.С., Балашевича Л.И. (2002), стадия фоновой ретинопатии – по классификации Kohner E.M., Porta M. (1992). В 131 случае (65%) был диагностирован ДМ I-II ст., в 70 случаях (35%) – III ст. В 21% случаев (43 глаза) макулярный отек сочетался с непролиферативной диабетической ретинопатией, в 20% (58 глаз) с препролиферативной ретинопатией, в 59% случаев (100 глаз) с пролиферативной ретинопатией. Период наблюдения за пациентами составил 24-30 месяцев.

Лазеркоагуляция осуществлялась на офтальмокоагуляторе Visulas Nd:YAG (532 нм) фирмы «Zeiss». Всем пациентам проводилась лазеркоагуляция сетчатки в центральных отделах по методике фокальной «решетки» (Измайлов А.С.). При наличии препролиферативной и пролиферативной фоновой ретинопатии мы проводили и панретинальную лазеркоагуляцию сетчатки (ПРК).

Учитывая, что ПРК может негативно сказываться на течение макулярного отека и, соответственно, резко снизить зрительные функции пациента, на первом этапе лечения пациентов с препролиферативной ретинопатией мы проводили лазеркоагуляцию сетчатки в центральных отделах, и лишь после стабилизации и регресса макулярного отека проводилась поэтапная панретинальная лазеркоагуляция в полном объеме. При наличии пролиферативной ретинопатии лазеркоагуляция в макуле проводилась одномоментно с первым этапом ПРК. Во всех случаях центральная лазеркоагуляция проводилась малым пятном (50-100 мкм) до получения слабо видимого коагулята, экспозиция 0,1-0,15 с.

Важным условием регресса макулярного отека мы так же, как и многие другие исследователи, считаем необходимость контроля уровня сахара крови с целью исключения резкого перепада суточных показателей гликемии, особенно гипогликемии, менее 2,0 ммоль/л. Также необходимым условием компенсации отека является достижение уровня АД не более 140/100 мм.рт.ст.

Результаты и обсуждение

В ходе проведенного лечения на конечном этапе через 2 года после начала наблюдения в 38,8% случаев (78 глаз) зрительные функции повысились, в 48,2% случаев (97 глаз) не изменились, в 13% случаев (26 глаз) ухудшились

– из них на 7 глазах произошла потеря зрения до < 0,1. Снижение зрения до < 0,1 было обусловлено в 3 случаях развитием диффузного макулярного отека, в 4 случаях развитием гемофтальма в ранние сроки после лазеркоагуляции на фоне тяжелой пролиферативной ретинопатии.

Таким образом, в 96,5% случаев удалось избежать тяжелой потери зрения, а в 87% удалось добиться стабилизации или улучшения зрительных функций пациентов.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности фокальной лазеркоагуляции сетчатки при диабетическом макулярном отеке как самостоятельного метода лечения при непролиферативной ретинопатии, а при наличии препролиферативной и пролиферативной ретинопатии в сочетании с панретинальной коагуляцией.

Мошетова Л.К., Яценко О.Ю.,
Мизгирева А.П., Борисенко И.Ф.

СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СОСУДОВ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Представлены результаты лечения острой сосудистой патологии сетчатки и зрительного нерва фраксипарином. Получена нормализация показателей слезной жидкости, отмечена тенденция к улучшению показателей коагулограммы крови и повышению остроты зрения по сравнению с применением гепарина.

Изучение клинической эффективности низкомолекулярного гепарина – фраксипарина в комплексном лечении острой сосудистой патологии сетчатки и зрительного нерва.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 146 человек с острой сосудистой патологией сетчатки и зрительного нерва. Все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 70 человек (33 с тромбозом вен сетчатки, 22 с острым нарушением кровообращения в артериях сетчатки, 15 с ишемической нейропатией), получавших, наряду со стандартной терапией, нефракционированный гепарин. Во вторую группу вошли 76 человек (35 с тромбозом вен сетчатки, 24 с острым нарушением кровообращения в артериях сетчатки, 17 с ишемической нейропатией), получавших, наряду со стандар-