

- Клиническая офтальмология. – 2008. – №9. – Стр.33-41.
21. Machemer R., Buettner H., Norton E., Parel J. Vitrectomy: a pars plana approach. // Trans. Amer. Acad. Ophthalm. Otolaryng. – 1971. – Vol. 75. – P.813-820.
22. Miki D., Hida T., Hotta K. Comparison of scleral buckling and vitrectomy for retinal detachment resulting from flap tears in superior quadrants. // Jpn J Ophthalmol. – 2001. – Vol.45. – P.187-191.
23. Pournaras C., Donati G., Sekkat L. Pseudophakic retinal detachment: treatment by vitrectomy and scleral buckling. Pilot study. // J Fr Ophthalmol. – 2000. – Vol.23. – P.1006-1011.
24. Richardson E., Verma S., Green W., Woon H. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment: an analysis of failure. // Eur J Ophthalmol. – 2000. – Vol.10. – P.160-166.
25. Schwartz S., Flynn H. Primary retinal detachment: scleral buckle or pars plana vitrectomy // Curr. Opin. Ophthalmol. – 2006. – Vol.17. – P.245-250.
26. Sharma T., Gopal L., Badrinath S. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment. // Ophthalmology. – 1998. – Vol.105. – P.2282-2285.

Тахчиди Х.П., Линник Е.А.
ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени
акад. С.Н. Федорова», Москва

ОПЫТ РАННЕЙ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ РЕФРАКЦИИ

В статье описаны результаты исследования клинической рефракции у детей в возрасте от 6 до 14 лет с врожденной и осложненной миопией в условиях контактной коррекции.

Актуальность

Вопросы использования контактных линз в офтальмопедиатрии актуальны и требуют пристального внимания. Существует целый ряд клинических ситуаций, когда контактные линзы (КЛ) используются не только для получения сиюминутного результата повышения остроты зрения, а создают условия для достижения лечебного эффекта. Наиболее актуальными проблемами для современной офтальмологии являются близорукость и астигматизм. В проблеме миопии отмечены три особенности: высокая частота распространенности, склонность к прогрессированию и развитие осложнений. В структуре детской инвалидности по стране миопия занимает II место. Развитие дистрофических процессов в сетчатке, дегенерация способствуют активации атрофических процессов в макулярной области и диске зрительного нерва. Несовершенство оптического

аппарата и зрительные нагрузки способствуют прогрессированию близорукости. Все это ведет к ограничению в выборе профессии и в определенном проценте случаев – к инвалидности.

Несмотря на доказанную эффективность контактной коррекции, прослеживается распространенность среди детских офтальмологов и ограниченное назначение контактных линз. Накопленный опыт применения контактной коррекции доказывает, что использование современных КЛ с высокой кислородопроницаемостью и повышенной комфортностью позволяют назначать КЛ детям любого возраста (в том числе первого года жизни для коррекции афакии). В нашей практике возможно применение и мягких КЛ и жестких КЛ из газопроницаемой пластмассы.

Целью нашей работы явилось исследование клинической рефракции у детей в возрасте от 6 до 14 лет с врожденной и осложненной миопией в условиях контактной коррекции.

Материал и методы

Все обследованные 116 детей (232 глаза) находятся на диспансерном наблюдении в детском кабинете оптической и контактной коррекции зрения ФГУ МНТК «Микрохирургии глаза» имени акад. С.Н. Федорова.

Клиническая рефракция колебалась от 1,5D до 13,0 D, миопия слабой степени – отмечалась в 12% случаев, средней степени в 49%, высокой степени – 32%. Сроки наблюдения – от 3 до 5 лет.

Пациенты с «факторами риска», способствующими прогрессированию близорукости составили 86%. Сюда вошли дети с отягощенной наследственностью, ранним развитием близорукости, с интенсивной зрительной нагрузкой, сочетающейся с широким применением компьютеров. Распространен «компьютерный зрительный синдром».

При работе с компьютером и очковой коррекцией миопии отмечается нарушение аккомодации и, как следствие, прогрессирование близорукости с появлением органических изменений в сетчатке.

Всем наблюдаемым пациентам были подобраны мягкие контактные линзы с учетом геометрии роговой оболочки, при астигматизме до 4 D – мягкие сферо-торические контактные линзы. В 7% случаев – изготовлены жесткие газо-

проницаемые контактные линзы с учетом данных корнеотопографии, положения век, диаметра роговицы и ширины глазной щели.

О влиянии контактных линз на стабилизацию миопии у детей можно судить по данным диспансерных осмотров. В группе дошкольников удалось стабилизировать миопию в 92% случаев, у школьников – в 78%. Использование контактной коррекции комбинировалось при необходимости с плеопто-ортоптическим лечением, а при высокой осложненной миопии проводилось комплексное лечение – лазерное и использование препаратов, влияющих на кровообращение и метаболизм глаз.

Прежде, чем проводить адаптацию ребенка к КЛ, необходимо проведение беседы с родителями, с родителями и детьми в атмосфере психологически благоприятной, спокойно объяснить показания к КЛ в каждой конкретной ситуации, преимущества КЛ. Выдается памятка каждому пациенту, где подробно описывается методика манипулирования, противопоказания и возможные осложнения в случае нарушения режима ношения КЛ.

При решении вопроса коррекции врожденных или приобретенных аметропий делается упор на преимущества КЛ перед очковой коррекцией: качество ретинального изображения значительно выше, практически отсутствуют оптические аберрации, нет сужения поля зрения, возможность занятий спортом, косметический эффект. Главное же – хороший функциональный результат, который создает условия для психического, физического развития ребенка, создает хороший эмоциональный фон.

Раннее и своевременное назначение контактной коррекции, правильный подбор линз (с учетом состояния слезной пленки и геометрии роговицы) и диспансерное наблюдение пациентов позволяют провести не только медицинскую, но и социальную реабилитацию детей и подростков с аномалиями рефракции – миопией и астигматизмом.

Список использованной литературы:

1. Э.С.Аветисов. Близорукость. – М.: 1999
2. Коротких С.А., Степанова Е.А. / Профилактика и лечение спазма аккомодации у детей // Клиническая офтальмология – 2005г. – том 2 – №1 – С. 37 – 40
3. С.Э. Аветисов, Е.Г. Рыбакова. / Контактные линзы в офтальмопедиатрии // Ж. Глаз; 1998г., №2. – С. 38– 41
4. А.А. Киваев, Е.И. Шапиро Контактная коррекция зрения. – М.: 2000

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЗМ ФРЕНЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСОГЛАЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

В комплексном лечении косоглазия диплоптика занимает одно из ведущих мест. Для восстановления бинокулярной функции нами назначаются очки с призмами Френеля, начиная с трехлетнего возраста. Применение призм Френеля совместно с хирургическими методами лечения позволило получить хороший косметический эффект в 97,6% случаев. При косоглазии с малым углом (до 10°) применение призматической коррекции в сочетании с ортоптическим лечением позволило в 4,5% случаев получить состояние ортотропии без хирургического вмешательства.

Актуальность

Косоглазие сопровождается серьезным нарушением моно- и бинокулярных зрительных функций, являясь, помимо этого, тягостным косметическим дефектом [1]. Лечение содружественного косоглазия у детей и взрослых требует от врача – офтальмолога разных подходов.

При раннем возникновении содружественного косоглазия с самого начала исключается возможность формирования нормальных бинокулярных связей. С возрастом формирование таких связей становится все труднее [2, 5]. Поэтому лечение косоглазия у взрослых является достаточно сложной задачей, причем, хирургическое лечение часто приводит лишь к состоянию ортотропии, которая в большинстве случаев сопровождается диплопией, приводящей к рецидиву косоглазия. Для преодоления этих нежелательных эффектов нами в предоперационном периоде используются сферопризматические очки, механизм действия которых основан на принципах диплоптики – создание в «естественных условиях феномена двоения и последующего его преодоления с помощью оптометрического фузионного рефлексa и восстановления механизма бификсации» [2, 6].

Очки с призмами Френеля назначаются нами, начиная с трехлетнего возраста, что дает возможность для раннего формирования нормальных бинокулярных связей задолго до операции. Кроме того, призмы Френеля применя-