

ного дна ослаблен, детали глазного дна не офтальмоскопируются.

Дополнительные исследования: ультразвуковая биометрия – передне-задняя ось глаза 25,75 мм/ 22,52мм, глубина передней камеры 3,74 мм/3,28 мм. А-сканирование: оба глаза нормограмма. Электрическая чувствительность сетчатки 90 мкА/90 мкА, электрическая лабильность 30 Гц/30 Гц.

При конфокальной микроскопии роговицы обоих глаз в оптической зоне плотность клеток эндотелия правого глаза 2642 ± 58 на 1 мм^2 , левого глаза 2898 ± 57 на 1 мм^2 .

На основании данных жалоб, анамнеза, клинического осмотра, дополнительных исследований установлен диагноз: ОД Бифакия. Неполная осложненная катаракта. OS Начальная катаракта. Рекомендована эксплантация факичной ИОЛ и факоэмульсификация осложненной катаракты с имплантацией ИОЛ.

Операция проводилась под местной анестезией. Алмазным ножом 2,8мм сформирован роговичный тоннель на 10 часах. Передняя камера глаза заполнена вискоэластиком. При помощи вискоэластика факичная ИОЛ отделена от передней капсулы хрусталика, при этом потребовалось разделить сращение между линзой и капсулой хрусталика микрошпателем. Шпателем гаптические элементы линзы выведены в переднюю камеру, линза ротирована гаптическим элементом в направлении тоннеля. При помощи двух пинцетов ИОЛ выведена через тоннель маневром «рука за рукой».

Выполнение кругового непрерывного капсулорексиса затруднялось из-за фиброзных изменений передней камеры хрусталика. Факоэмульсификация катаракты проводилась на аппарате «Infinity» (Alcon). Параметры операции: время действия ультразвука 17 секунд, вакуум 350, Ave 32%, лимит мощности 40%. Имплантирована ИОЛ Acrysof Natural +12,0 Д (Alcon). Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было.

Проводилась противовоспалительная терапия, антибиотикотерапия. После операции жалоб нет, общее состояние удовлетворительное. Правый глаз умеренно раздражен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачок круглый 4 мм, ЗК ИОЛ в капсульном мешке. Розовый рефлекс глазного дна. ДЗН бледноват, границы четкие,

миопический конус. Сосуды сужены, склерозированы. Сетчатка разрежена. Острота зрения правого глаза с диафрагмой 3 мм = 0,3 нк.

Список использованной литературы:

1. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия. Санкт-Петербург, 2002.
2. Angel Pineda-Fernandez, MD, Jorge Jaramillo, MD, Jose Vargas, et al. Phakic posterior chamber intraocular lens for high myopia. J Cataract refract surg.– vol 30, November 2004.
3. Brauweiler PH, Wehler T, Busin M. High incidence of cataract formation after implantation of a silicone posterior chamber lens in phakic, highly myopic eyes. Ophthalmology 1999; 106:1651-1655.
4. Wiechens B, Winter W, Haigis W, et al. Bilateral cataract after phakic posterior chamber top hat-style silicone intraocular lens. J Refract Surg 1997; 13:392-397.

**Бикбов М.М., Сагадатов Н.М.,
Федотова И.С.**
ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»,
Поликлиника отделенческой больницы на
станции Уфа ОАО «РЖД», Уфа

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В ЛЕТНИХ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЯХ**

В статье представлены результаты комплексного (аппаратного, медикаментозного и реабилитационного) лечения детей с аномалиями рефракции, нарушением аккомодации и косоглазием на базе оздоровительного лагеря. Показана целесообразность создания летних санаторных групп для реабилитации детей с патологией органа зрения.

Актуальность

Проблемы, связанные с охраной зрения детей, являются в настоящее время одними из наиболее актуальных. По данным С.Р. Авхадеевой с соавт., в Республике Башкортостан в общей структуре глазных болезней по обращаемости у детей по нозологии в 2006 году, как и в прошлые годы, на первом месте стоит близорукость (40,5%), на втором – воспалительные заболевания конъюнктивы (15,9%), на третьем – гиперметропия (7,3%), затем воспалительные заболевания век и косоглазие. Наибольшее количество детей ежегодно наблюдалось по поводу миопии (в среднем 65%), из них более 90% – школьники. Более 70% детей, находящихся на диспансерном учете, имели миопию слабой сте-

пени со спазмом аккомодации, что указывает на необходимость профилактики близорукости с дошкольного и младшего школьного возраста. На втором месте – дети с косоглазием (около 6,5%), на третьем – с гиперметропией (около 2%). Увеличение числа детей с расстройствами органа зрения, недостаточное количество детских ортоптических кабинетов, а также дефицит времени и средств у родителей, оправдывают создание летних санаторных групп для реабилитации детей с патологией органа зрения.

Цель исследования

Оценить эффективность комплексного лечения детей с аномалиями рефракции, косоглазием и нарушением аккомодации на базе летних оздоровительных лагерей.

Материал и методы

С 2000 года впервые в Республике Башкортостан был организован лечебный процесс на базе летнего оздоровительного центра им. Ю. Гагарина. Специализированные группы функционируют и по настоящее время. Для лечения первоначально использовались 1-2 смены, а с 2003 года 1-2-3 смены продолжительностью 21 день каждая. Курирующая организация ИГЧ-6 профинансировала приобретение лечебно-диагностической аппаратуры: аппарат Ротта с таблицами Сивцева – Головина; зеркальный офтальмоскоп; магнитостимулятор «Атос» с амблиоприставкой; лазерный стимулятор «Ласт-1»; электростимулятор «Нейрон»; аппарат контролируемой рефлексотерапии «КРОТА»; бивизеотренажер; макулостимулятор.

Из имеющегося оборудования детского глазного кабинета поликлиники применялись: набор очковых линз, скиаскопические линейки, медикаменты, перевязочный материал.

Отбор детей осуществлялся поэтапно:

1. Перед заполнением санаторной карты ребенок направлялся к окулисту.

2. Окулист определял целесообразность лечения и составлял выписку из амбулаторной карты с обязательным включением неврологического анамнеза.

3. В оздоровительном центре из таких детей формировался специализированный отряд (от 25 до 35 человек).

Лечебные процедуры проводили обученная медсестра, а также массажист, инструктор

ЛФК. Контроль врача осуществлялся 2-3 раза в неделю.

Показаниями для отбора детей являлись спазм аккомодации, аномалии рефракции – миопия, гиперметропия всех степеней, в том числе с астигматизмом, косоглазие, амблиопия.

В центре перед началом лечения проводилось дополнительное обследование: сбор анамнеза; визометрия с коррекцией и без; офтальмоскопия под двукратной инстилляцией тропикамида 1% и уточнение рефракции; определение субъективного угла косоглазия по Гиршбергу; определение электрофизиологических показателей – ПЭЧ, ЭЛ.

После обследования на каждого ребенка составлялся план лечения.

Лечение состояло из аппаратной, медикаментозной и реабилитационной частей.

Аппаратная часть включала в себя:

- электростимуляцию, магнитостимуляцию, лазерстимуляцию – через день каждая, рефлексотерапию на аппарате КРОТА – ежедневно;
- макулостимуляцию и занятия на бивизеотренажере – для детей с амблиопией и косоглазием.

Медикаментозная терапия состояла из применения витаминных препаратов и общеукрепляющих средств в возрастных дозировках: аевит внутрь 2 раза в день; аскорутин 3 раза в день; препараты черники 3 раза в день. Местно: инстилляцией тауфона 4% 2-3 раза в день ежедневно; мезатон 1% или ирифрин 2,5% 1 раз в день перед сном через день.

Реабилитационная часть состояла из массажа шейно-воротниковой зоны через день, а при необходимости и общего массажа. ЛФК для глазодвигательных мышц 2-3 раза в день. Среди детей ежедневно проводилась разъяснительная санпросвет работа. Таким образом, обеспечивалась комплексность воздействия. По окончании курса производился контрольный осмотр с определением тех же параметров, что и до лечения. Подводились итоги, оценивались и субъективные ощущения детей. На каждого ребенка оформлялась выписка с рекомендациями, указанием исходных данных и результатов лечения.

Результаты

За период с 2000 по 2007 г. на базе летнего оздоровительного центра им. Ю. Гагарина пролечено 749 детей, нозология заболеваний представлена в табл. 1.

Таблица 1. Распределение детей по нозологии заболеваний (абс. число, %)

Диагноз	Абсолютное число больных	%
Миопия, в т. ч.	447	59,7
– слабой степени, спазм аккомодации	304	40,6
– средней степени	96	12,8
– высокой степени	47	6,3
Гиперметропия	216	28,8
Амблиопия	51	6,8
Косоглазие (содружественное, сходящееся, расходящееся, паралитическое)	35	4,7
Всего	749	100

Сравнительный анализ полученных в результате лечения данных показал, что острота зрения после лечения повысилась в более чем 80% случаев (табл. 2).

Таблица 2. Изменение остроты зрения после комплексного лечения (абс. число)

Наибольший процент повышения остроты зрения отмечен в группе детей с миопией слабой степени – в 41,0%, а также в группе детей с гиперметропией – в 28,8%.

Структура повышения остроты зрения отражена в табл. 3.

Таблица 3. Структура повышения остроты зрения после лечения (абс. число)

До и после лечения у всех обследуемых детей определяли электрофизиологические показатели. Отмечена положительная динамика данных ЭФИ на фоне комплексного лечения (табл. 4).

Таблица 4. Изменение электрофизиологических показателей после лечения (абс. число)

Легче всего острота зрения повышалась у пациентов со спазмом аккомодации, миопией слабой степени, гиперметропией слабой степени. Наименьшее увеличение остроты зрения (менее 0,10 – 7,45%) наблюдалась у детей с миопией средней и высокой степени, гиперметропией средней и высокой степени, особенно, с амблиопией и косоглазием.

Заключение

Таким образом, подводя итоги восьми лет работы летних детских оздоровительных офтальмологических групп, можно с уверенностью сказать, что они показали свою эффективность, целесообразность и необходимость внедрения предложенных методик в других лагерях летнего отдыха. Применяемая нами практика имеет преимущества перед лечением детей в лечебных учреждениях, так как не отвлекает родителей от работы, дает возможность оздоровления детей во время летнего отдыха.

Список использованной литературы:

1. Авхадеева С.Р., Калинина Т.М. Анализ показателей глазной патологии у детей в Республике Башкортостан за 2005-2006 годы // Сб. научн. тр. «Современные технологии лечения заболеваний переднего и заднего сегментов глаза». – Уфа, 2008. – С. 594-595.