

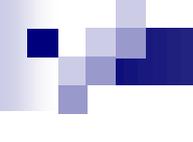
ГОО ВПО Дон НМУ
им.М.Горького
Кафедра офтальмологии
ФИПО



**Тактика лечения содружественного
косоглазия в сочетании с низкой
остротой зрения**



Асс.Котлубей Г.В.

- 
- Амблиопия - сложный симптомокомплекс сенсорных и моторных функциональных и морфологических ретинокортикальных нарушений.
 - При амблиопии имеют место нарушения сложных нейрональных взаимодействий в парвоцеллюлярной системе амблиопичного глаза, как на уровне сенсорной сетчатки, так и в центральных отделах зрительной системы – наружных колленчатых телах и зрительной зоне коры.

- 
- от 1 до 10% детей страдают амблиопией, у 1-2% всего населения регистрируется эта патология.
 - Амблиопия встречается в 12-90% всех случаев содружественного косоглазия, чаще наблюдается при сходящемся (69.9%), чем при расходящемся (52.4%) косоглазии.
 - Дисбинокулярная амблиопия до 77% случаев осложняется формированием неправильной фиксации.

Актуальность темы

- Дисбинокулярная амблиопия с неправильной фиксацией остается одной из сложных проблем детской офтальмологии.
- Лечение амблиопии с неправильной фиксацией представляет значительные трудности, требует больших затрат времени, высокой квалификации врача и терпения родных пациента.
- У детей старше 5 - 6 лет эта проблема является наиболее актуальной, т.к. длительно существующая амблиопия часто является причиной инвалидности и по мнению многих авторов практически не подлежит исправлению.

Факторы, влияющие на результаты лечения амблиопии

- возраст
- временной промежуток от возникновения до начала лечения косоглазия и амблиопии
- адекватность очковой коррекции
- комплаенс
- наличие сопутствующей соматической патологии
- уровень интеллекта пациента

Цель работы

Изучение результатов комплексного лечения содружественного косоглазия в сочетании с низкой острой зрения



Материалы и методы

Проведено лечение 52 детей (52 глаза)

Возраст - от 7 до 17 лет.

Мальчиков -28, девочек -24.

Лечение было начато в возрасте от 5-6 лет и до 16 лет.

Сроки лечения и наблюдения составили от 2 до 9 лет.



Обследование

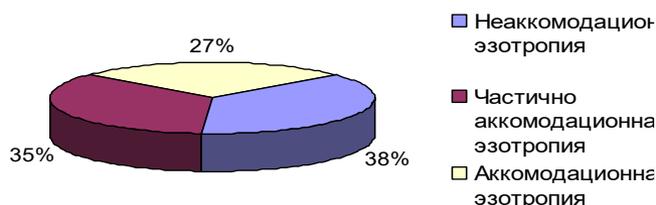
- визометрия
- периметрия
- биомикроскопия
- офтальмоскопия
- тонометрия
- рефрактометрия
- эхобиометрия
- исследование подвижности глазных яблок
- определение угла косоглазия
- исследование характера зрения
- определение зрительной фиксации
- по показаниям оптическая когерентная томография, исследование зрительных вызванных корковых потенциалов.
- консультация педиатра, невролога.



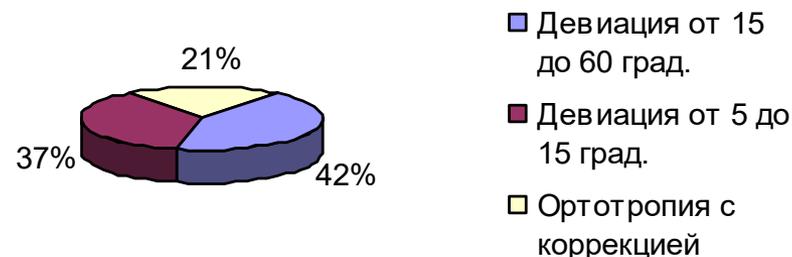
Выявлено

- Монокулярная содружественная эзотропия – у 51 ребенка (98,1%), гипертропия- в одном случае.

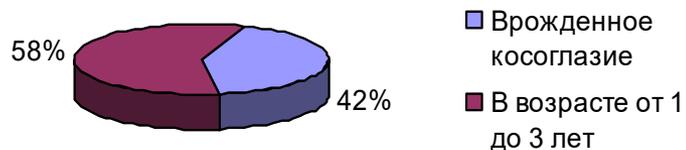
Содружественная эзотропия



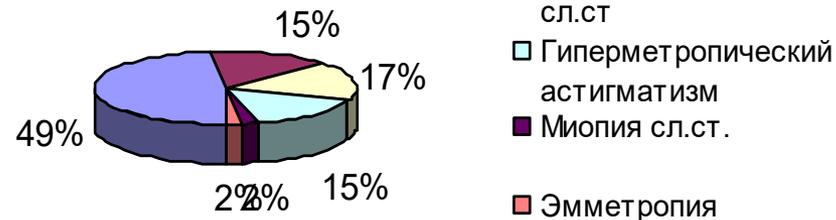
Величина девиации



Время появления девиации



Рефракция



Тактика лечения

- После обследования по показаниям проводили подбор адекватной оптической коррекции.
- Тактика лечения выбиралась в зависимости от вида и величины девиации.
- При аккомодационной эзотропии после проведения оптической коррекции назначалось плеоптическое лечение.
- При девиации 15 и более градусов первым этапом проводили хирургическое лечение. Вид оперативного вмешательства – рецессия и резекция горизонталомоторов.
- Если девиация составляла до 15 градусов, то сначала проводили 2-3 курса плеоптического лечения и только при отсутствии положительной динамики – хирургическое. Всего прооперировано 29 детей (55,8%).

Консервативное лечение

- Плеоптическое лечение было комплексным и включало окклюзию, проведение засветов по Кюпперсу по классической методике на БО, панорамную фотостимуляцию сетчатки фигурными полями, цветоимпульсную терапию, КЭМ-стимуляцию, занятия на корректоре-локализаторе.
- В комплекс лечения включали ноотропные препараты, каротиноиды и поливитамины.
- Курсы плеоптики повторяли 4-6 раза в год.
- По мере исправления фиксации к лечению добавляли ортооптические методы, лазерстимуляцию, тренировки аккомодации, диплоптику.

Окклюзия

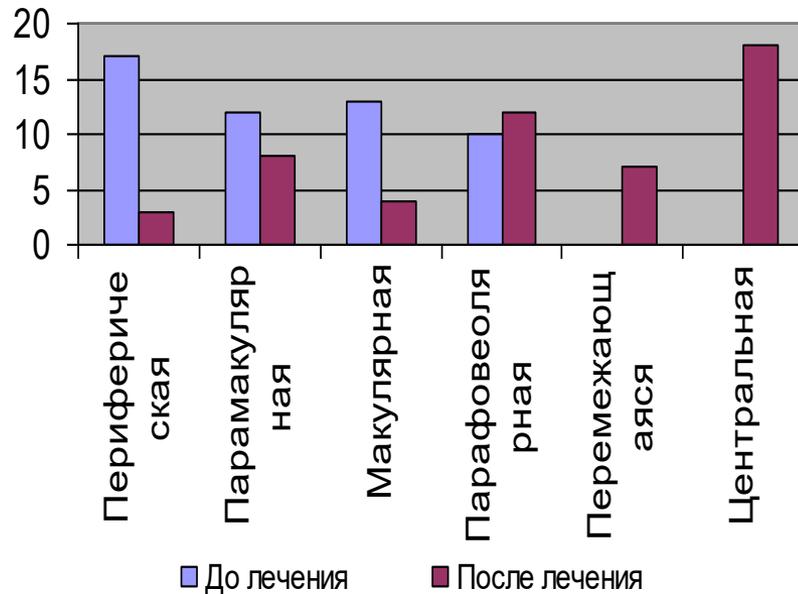
- В большинстве случаев - прямая (лучше видящего глаза), непрозрачная, прерывистая – ежедневно на 6-8 часов.
- При неаккомодационной и частично аккомодационной эзотропии до проведения оперативного лечения косоглазия - поочередная окклюзия глаз через день или по полдня.
- Обратная окклюзия - старше 10 лет и детям, ранее проводившим прямую окклюзию амбулаторно, в случае неэффективности прямой окклюзии в течение 4-6 мес. Проводилась за 2-3 недели до начала и в процессе лечения, при исправлении фиксации переходили на прямую окклюзию.

Результаты комплексного лечения

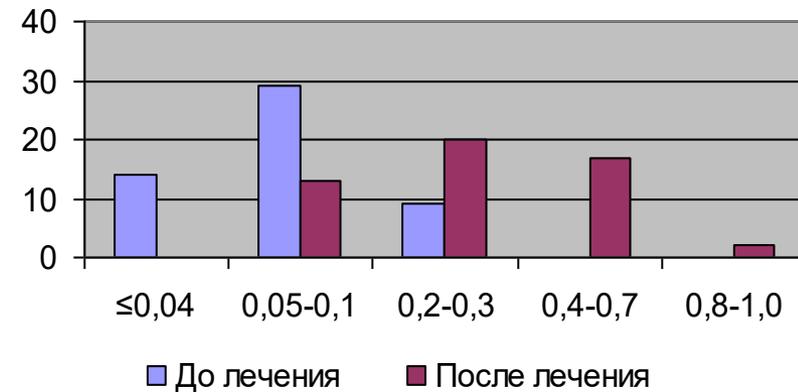
- В подавляющем большинстве случаев – 86,5% результаты лечения были положительными.
- У 7 детей (13,5%) состояние зрительной фиксации и остроты зрения осталось без существенной динамики: у 1 ребенка с неаккомодационной эзотропией вследствие категорического отказа родителей от оперативного лечения косоглазия, у 6 детей (11,5%) достигнута ортотропия (из них оперированы 4 ребенка), зрительная фиксация и острота зрения незначительно улучшились.

Динамика зрительной фиксации и остроты зрения

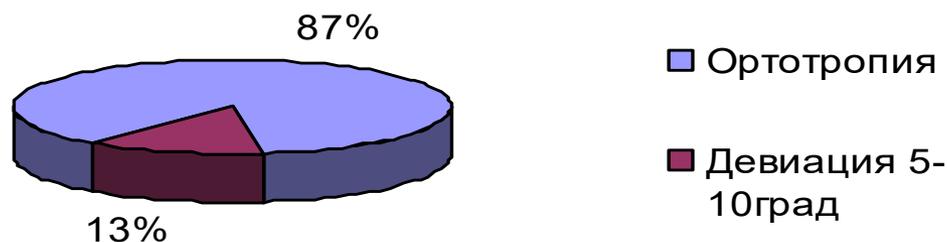
Зрительная фиксация



Острота зрения



- В результате улучшения фиксации и остроты зрения отмечалось уменьшение угла девиации без хирургического вмешательства у 6 детей (11,5%).
- У большинства пациентов в результате сочетания хирургического и плеоптоортоптического лечения удалось добиться симметричного положения глаз - у 45 детей (86,5%), у 7 детей (13,5%) угол косоглазия не превышает 5-10 градусов.
- Бинокулярное зрение наблюдается у 9 детей (17,3%),



Клинический случай №1

Ребенок Александра Т., 12 лет.

Родилась недоношенной, развивалась с ЗПМР. Косоглазие заметили в 3 мес. Лечение начато в возрасте 6 лет по семейным обстоятельствам.

Диагноз: Сходящееся содружественное частично аккомодационное монолатеральное косоглазие. Амблиопия с неправильной фиксацией правого глаза. Гиперметропия средней степени обоих глаз.

До лечения:

$VOD=0.06 \text{ в\o сф}+3.0=0.09$

$VOS= 0.8 \text{ в\o сф}+3.0=0.9$

Рефракция (АР, атропин)

ОД: сф +3.75 цили +0.75 ах 55,

ОС: сф +3.75 цили +1.0 ах 113

Эзодевиация без коррекции -20 градусов,
с коррекцией -10 градусов.

Фиксация ОД - парамакулярная



Клинический случай №1

После 2 курсов лечения произведена операция: рецессия внутренней прямой мышцы на правом глазу.

Девочка носила очковую коррекцию, проходила курсы плеоптоортоптического лечения 3-4 раза в год.

Срок наблюдения -6 лет.

В настоящее время:

$VOD=0.6$ в\о сф+2.0=0.7

$VOS= 1.0$ в\о сф+2.0=1.0

Рефракция AP, цикломед:

ОД: сф +2.75цил+0.25ах37

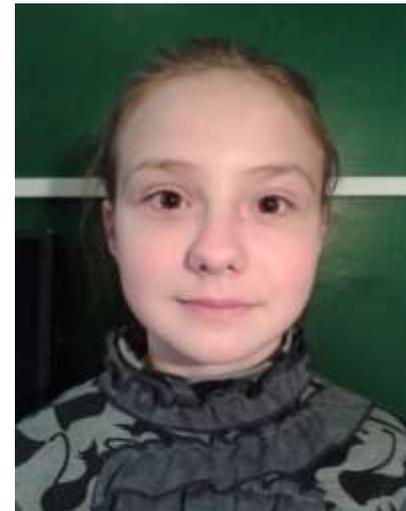
ОS: сф +2.75цил+0.5ах170

Фиксация ОД, OS- центральная.

Девиация без коррекции 6 ПД,
с коррекцией: в\о -0.

Характер зрения: б\о одновременный,
в\о- неустойчивый бинокулярный.

Фузия: СУ=ОУ=0, ФР=+8\ -4.



Клинический случай №2

Ребенок Екатерина В., 14 лет.

Косоглазие с 2,5 лет. Носила очки.
Получала социальное пособие. Лечение
начато в возрасте 6 лет.

Диагноз: Сходящееся содружественное
аккомодационное косоглазие.

Амблиопия с неправильной фиксацией
левого глаза. Дальнозоркость высокой
степени с астигматизмом обоих глаз.

До лечения:

VOD=0.9 в\о сф+5.0 цили+1.5 ах87=1.0

VOS= 0.04 в\о сф+5.0 цили+2.0 ах82=0.1

Рефракция AP (атропин)

ОД сф+5.5 цили+1.75 ах 87

OS сф+5.75 цили+2.25 ах 82

Эзодевияция без коррекции - от 10 до
25 градусов; с коррекцией: в\о=0-5-7
градусов, с гиперкоррекцией –
ортотропия.

Фиксация OS -макулярная.



Клинический случай №2

Назначена максимальная коррекция для дали, коррекция для близи. Девочка регулярно проходила курсы плеоптического лечения. В течение 2х лет фиксация и острота зрения оставались без существенной динамики.

Срок наблюдения – 8 лет.

В настоящее время:

VOD= 0.9 в\о сф+4.5цил+1.0ах85=1.0

VOS= 0.5 в\о сф+5.0цил+1.5ах80= 0.9

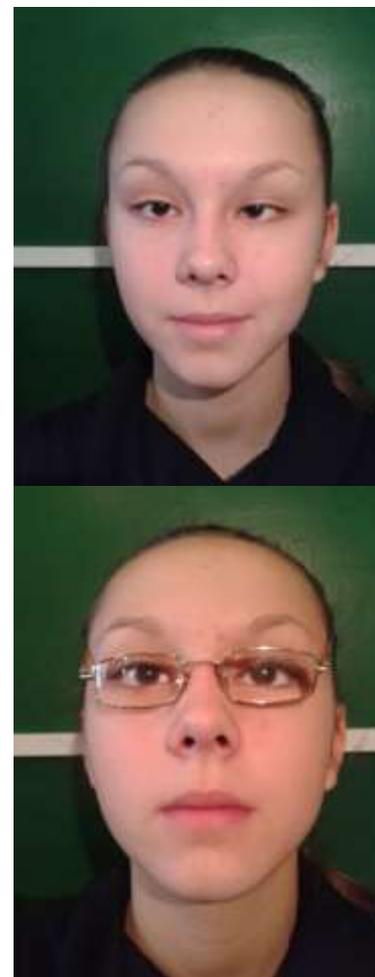
Рефракция, АР, цикломед

Од сф+5.5цил+1.25ах83

Ос сф+5.75цил+1.75ах81

Девияция: без коррекции 0-15 градусов, в\о - ортофория. Характер зрения б\о неустойчивый, в\о бинокулярный.

На синоптофоре СУ=0, ФР=+15\ -8.



Выводы

- Комплексное лечение дисбинокулярной амблиопии с НФ у детей старше 6 лет является эффективным и целесообразным,
- Позволяет не только устранить девиацию, но и полностью или частично реабилитировать данный контингент больных.

