

УДК 617. 751.6 - 003.8 - 053.2

*Т. С. Телеуова, д.м.н., проф., С. К. Жумабекова,
С. А. Тасбергенова, Н. А. Ломакина, А. М. Ботанова*

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
г. Алматы

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Амблиопия – это оптически некорригируемое снижение остроты зрения без видимых патологических изменений глаза. Является одной из частых причин понижения остроты зрения в детском возрасте. Значительное снижение остроты зрения отрицательно влияет на общее развитие детей и в дальнейшем существенно ограничивает их профессиональный выбор.

Ключевые слова: дети, дисбинокулярная амблиопия, офтальмологическое исследование, плеоптическое лечение, результаты лечения.

По данным Э.С. Аветисова, амблиопия возникает на фоне содружественного косоглазия (дисбинокулярная амблиопия), своевременно некорригированной гиперметропии, астигматизма, врождённой миопии (рефракционная амблиопия), анизометропии (анизометропическая амблиопия) и др. [1]. Эффективность современных способов лечения амблиопии довольно высока и более половины детей в школу идут со стойким бинокулярным зрением. Однако на результаты лечения оказывают существенное влияние время возникновения косоглазия, время обращения к офтальмологу, адекватность лечения, выполнение рекомендаций врача родителями и др. Переход детей на раннее обучение в рамках реформы общеобразовательной и профессиональной школы в республике делает эту проблему особенно актуальной.

Проведен анализ лечения детей с дисбинокулярной амблиопией в амбулаторных условиях. Под наблюдением находились 45 детей (81 глаз) с дисбинокулярной амблиопией дошкольного возраста, в том числе 11 детей младенческого возраста. Всем пациентам было проведено обследование остроты зрения без коррекции и с коррекцией, монокулярно и бинокулярно. Определен характер зрения на

4-точечном цветотесте Белостоцкого – Фридмана. Установлена величина девиации по методу Гиршберга. Определена рефракция на высоте циклоплегии путём скиаскопии, кераторефрактометрии и корригирующими стёклами; биомикроскопия; офтальмоскопия. Все дети консультировались у невролога.

Косоглазие у всех детей было первичное содружественное постоянное неакомодационное, сходящееся с соответственной рефракцией. Преобладали дети с монолатеральным косоглазием (92,2 %). Гиперметропия слабой степени установлена у 15,6 %, средней степени – у 31,1 % и высокой степени – у 53,3 % детей. При средней и высокой степени амблиопии аметропия часто сочеталась с прямым или обратным астигматизмом. Амблиопия выявлена в 81 глазу (табл. 1). Причём половина детей имели тяжёлую и очень тяжёлую степень. Амблиопия односторонняя установлена только у 9 детей, у 36 детей (в 72 глазах), острота зрения колебалась в пределах 0,3-0,6. Следовательно, двусторонняя амблиопия в нашем случае встречалась в 4 раза чаще, чем односторонняя.

Следует отметить, что большие трудности возникают в диагностике амблиопии высокой степени, особенно когда отсутствуют на глаз-

Исходная острота зрения у детей с амблиопией

Острота зрения	Без коррекции		С коррекцией	
	количество глаз	%	количество глаз	%
до 0,04	12	13,4	12	13,4
0,05-0,1	35	38,8	28	31,1
0,2-0,3	18	20,0	28	31,1
0,4-0,8	16	17,8	13	14,4
0,9-1,0	9	10,0	9	10,0
Итого	90	100,0	90	100,0

ном дне видимые изменения, и это ошибочно может быть принято за амблиопию. В таких случаях особенно у детей младенческого возраста, когда невозможно провести некоторые психофизические исследования, помогают в диагностике электрофизиологические исследования (ЭФИ). При этом возможно сочетание различных факторов, обусловленных развитием амблиопии с органическими другими процессами [2]. В связи с этим методами электроретинографии (ЭРГ) и зрительно-вызванного потенциала (ЗВП) изучено состояние сетчатки и зрительных путей у 27 детей, из них у 9 – в возрасте 2-3 лет. У 6 детей острота зрения до лечения с коррекцией находилась в пределах 0,01-0,03; у 11 – 0,07-0,1; у 10 – 0,2-0,3. ЭФИ проводились до начала лечения.

Основная задача лечения амблиопии при содружественном косоглазии заключается в получении остроты зрения, при котором возможно проведение ортопто-диплоптическое лечение, т.е. выполнение мероприятий, направленных на развитие нормальной совместной работы обоих глаз. Такой следует считать остроту зрения 0,3-0,4 и выше. Развитие стойкого бинокулярного зрения является конечной целью лечения содружественного косоглазия. Первый

этап для достижения этой цели – проведение лечения амблиопии (плеоптика). Оно начинается с подбора очковой коррекции аметропии. После привыкания ребёнка к очкам назначают локальный засвет центральной ямки сетчатки. Применение света "слепящей" яркости, по Аветисову, в некоторых случаях вызывает неадекватное состояние и реактивности пациентов [3]. В связи с этим мы использовали для стимуляции макулярной области цветомагнитный стимулятор "Медоптика ЦМС-10", "Цветовые очки" и ПЛИЗ (прибор локального импульсного засвета), лазеростимуляцию с антиоксидантной терапией, магнитостимуляцию. При этом учитывали показания и противопоказания к проводимым видам засвета сетчатки и подходили к выбору плеоптического лечения индивидуально. Некоторым пациентам рекомендован в домашних условиях засвет, по Гончаровой. Учитывались рекомендации и выполнялось назначение невролога. Для плеоптического лечения также использовали различные игровые компьютерные программы ("Тир", "Льдинка", "Крестики", "Контур", "Галактика" и т.д.), амблиотренер и др. В результате проведённого лечения острота зрения у всех детей значительно улучшилась (табл. 2).

Таблица 2

Исходная острота зрения у детей с амблиопией

Острота зрения	Без коррекции		С коррекцией	
	количество глаз	%	количество глаз	%
до 0,04	3	3,3	-	-
0,05-0,1	17	18,9	8	8,9
0,2-0,3	23	25,6	17	18,9
0,4-0,8	19	21,1	25	27,8
0,9-1,0	28	31,1	40	44,4
Итого	90	100,0	90	100,0

Таким образом, отметим, что высокая острота зрения с коррекцией (0,9-1,0) до проведения плеоптического лечения выявлена в 10 % глаз, а после лечения доля её увеличилась в 4,4 раза. Из 12 глаз с очень тяжёлой степенью амблиопии меньшая часть перешла в тяжёлую степень амблиопии, а большая – в среднюю степень. Причём из 45 пациентов у 27 (60 %) острота зрения обоих глаз достигала 0,4-1,0, т.е. зрение, когда к плеоптике можно подключить ортоптику.

Установлено, что на амблиопичных глазах максимальная ЭРГ на стандартный стимул и макулярная ЭРГ могут быть нормальными, супернормальными, сниженными или асимметрия компонентов ЭРГ в пределах нормальных значений на амблиопичном и здоровом глазу. В то же время данные всех видов ЭФИ позволяют предположить участие различных нейронов сетчатки в происхождении амблиопии и нарушение межнейронных взаимодействий [4,5]. Изучение результатов ЭФИ показало, что у 8 из 27 детей (29,6 %) выявлены признаки повышения внутричерепного давления с симптомами выраженного функционального истощения аксонов. У 3-х детей функциональное замедление проведения нервных импульсов по зрительным путям от хиазмы до коры головного мозга имел сосудистый характер. У остальных 16 детей показатели ЭФИ были характерными для амблиопии. После комплексного лечения, включая назначения невролога, острота зрения повысилась у всех пациентов,

особенно у детей без функциональных изменений зрительных путей.

Выводы

1. Косоглазие первичное постоянное монолатеральное, неаккомодационное, сходящееся с соответственной рефракцией и амблиопией, нередко сочетается с повышением внутричерепного давления, нарушением проводимости зрительных анализаторов на различных уровнях, включая и папилломакулярный пучок. Все эти изменения имели функциональный характер.

2. Комплексное лечение амблиопии с учётом данных ЭФИ и рекомендации невролога улучшает показатели всех степеней амблиопии. Так, после лечения амблиопия очень тяжёлой степени не встречалась ни в одном случае. Удельный вес тяжёлой степени уменьшился от 31,1 до 8,9 %; средней степени – от 31,1 до 8,9 %. Слабая степень амблиопии увеличилась от 14,4 до 27,8 %, а доля зрения, равная 0,9-1,0, повысилась в 4,4 раза и составила 44,4 % против 10,0 % до проведения лечения.

3. При комплексном лечении амблиопии с учётом данных ЭФИ и назначения невролога в большинстве случаев можно получить условия для проведения следующего этапа лечения содружественного косоглазия. Так, острота зрения обоих глаз с коррекцией, равная 0,4-1,0, достигнута у более половины (60 %) детей, что позволяет назначать лечение, направленное на развитие нормальной совместной работы обоих глаз (ортоптика).

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аветисов Э. С. Дисбинокулярная амблиопия и её лечение. – М., 1968. – 207 с.
- 2 Хватова Н. В., Слышалова Н. Н., Вакурина А. Е. Амблиопия: зрительные функции, патогенез и принципы лечения // Зрительные функции и их коррекции у детей: под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшиновой. – М., 2005.
- 3 Ковалевский Е. И. и др. Дополнительные способы лечения амблиопии: метод. рекомендации. – М., 1989. – 10 с.
- 4 Ибатуллин Р. А. Зрительные функции при амблиопии по данным психофизических и электрофизиологических исследований: автореф. дис. канд.мед.наук. – М., 1998. – 28 с.
- 5 Шамшинова А. М. Наследственные и врождённые заболевания сетчатки и зрительного нерва. – М., 2001. – 527 с.

ТҮЙІН

Балаларға амблиопия диагнозын қою кезеңінде міндетті түрде электрліфизиологиялық тексеру және неврологтың кеңесі қажет. Содан кейін ғана балалар амблиопиясын емдеудің жеке тактикасын анықтауға болады.

Түйінді сөздер: балалар, дисбенокулярлық амблиопия, офтальмологиялық зерттеу, плеоптикалық емдеу, емдеу нәтижелері.

SUMMARY

At the stage of diagnosis of amblyopia in children, it is recommended to perform electrophysiological examination and visit a neurologist. Only after the examination, it can be determined whether treatment of amblyopia is required.

Key words: children, strabismic amblyopia, ophthalmic examination, pleoptic therapy, outcomes of treatment.