

УДК -617.758.1-089-053

ББК - 56.7

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ, ВЫПОЛНЕННОГО НА БАЗЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

МБУЗ ДГКБ №2

Кошеварова А.Р.<sup>1</sup>, Рыкун В.С.<sup>2</sup>, Колесова А.В.<sup>1</sup>, Бургучева Т.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> МБУЗ ДГКБ №2, г. Челябинск, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра глазных болезней, г. Челябинск, Россия

**Актуальность.** Содружественное косоглазие занимает второе место среди детской глазной патологии после аномалий рефракции [1,2,5]. Косоглазие является не только косметическим дефектом, но и значительно нарушает зрительные функции, приводит к затруднению налаживания социальных связей, представляет социальную, психофизическую проблему, значительно ограничивает выбор будущей профессии [4,6].

В комплексной терапии косоглазия особое место отводится хирургическим вмешательствам. В офтальмологическом отделении стационара МБУЗ ДГКБ №2 ежегодно оперируется около 50 детей по поводу косоглазия. Дети находятся в стационаре от 5 до 10 дней круглосуточно.

Для подтверждения успешности операции короткий срок наблюдения недостаточен, так как ортофория, достигнутая в раннем послеоперационном периоде сохраняется не всегда [3,4,5,7].

Для оптимизации подходов к выбору метода оперативного лечения, сроков, подготовки ребенка к операции и послеоперационного ведения была выполнена эта работа.

**Цель.** Оценить результаты работы по хирургическому лечению косоглазия у детей при длительном наблюдении (от 3,5 до 4 лет) после операции, в плане достижения ортофории и восстановления бинокулярного зрения.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 1,4 до 15 лет, прооперированных с января по декабрь 2009 год. Мальчиков 18, девочек 22. Это были дети с исходно большими углами косоглазия для I этапа хирургии – 7 (17,5% детей), дети с отсутствием эффекта после длительного (более 4 курсов) ортоптического лечения – 24 (60% детей), дети с бифовеальным слиянием на синоптофоре с углом больше 12 градусов – 9 (22,5% детей). Методы исследования: визо- и рефрактометрия, определение характера бинокулярного зрения на цветотесте и фузионной способности на синоптофоре; измерение

угла косоглазия по методу Гиршберга; определение подвижности глазных яблок в 8 меридианах; оценка состояния конвергенции; симметричности глазных щелей; исследование переднего отдела глаз, преломляющих сред и глазного дна. Хирургическое лечение косоглазия заключалось в операциях типа рецессии и резекции глазодвигательных мышц.

Косоглазие было сходящимся у 37 детей, расходящимся у 2, с паралитическим компонентом-1. Из числа 40 больных эзотропией сопутствующее вертикальное отклонение было у 18.

Величина угла сходящегося косоглазия до операции без очков составила: до 10 гр.-6 больных, от 10 до 15 – 12 больных, от 15 до 20 – 15 больных, более 20 – 7 больных. В очках угол косоглазия уменьшался не более чем на 5 градусов у 6 детей (15%).

Исследование на цветотесте показало наличие монокулярного зрения у большинства больных (23 из 40), у 14 – одновременный характер зрения, у 3 исследование не удалось по причине малого возраста, либо в связи с низкой остротой зрения обоих глаз (менее 0,3).

В предоперационном периоде у 31 ребенка проводилось активное плеоптическое лечение современными методами. Исследование остроты зрения непосредственно перед операцией показало, что только на 26 детей из 40 она была 0,5 и выше; у остальных отмечены различные степени её снижения при альтернирующем косоглазии от 0,5 до 0,1 у 7 детей, монокулярно низкое зрение на один глаз – у 6 пациентов.

Оперативное устранение косоглазия предпринято всем детям. Возраст проведения операции был следующим: от 1,4 года до 4 лет — 4 детей, от 4 до 7 лет — 16 детей, от 7 до 10 лет — 15 детей, старше 10 лет – 4 ребенка. Таким образом, преобладающее большинство пациентов (36 из 40) были прооперированы в первое десятилетие жизни.

Преимущественно производились операции типа рецессии и резекции на ипсилатеральных (наружная и внутренняя прямые мышцы) глазодвигательных мышцах. Рецессия внутренней прямой мышцы не превышала 4 мм от анатомического места прикрепления, резекция наружной прямой мышцы не превышала 10 мм.

**Результаты и обсуждения.** В результате произведенных операций в раннем послеоперационном периоде ортофория была достигнута в 29 случаях, в 7 случаях сохранялся угол девиации от 15 до 7 градусов, в 4 случаях отмечалась остаточная вертикальная девиация, при правильном положении глаз по горизонтали. Часто в первые 3-4 дня дети жаловались на возникающее двоение 24 ребенка (60%), у 5-х детей появилось неустойчивое бинокулярное зрение на 2-3 день после оперативного лечения. Подвижность глазодвигательных мышц у всех детей была в полном объеме в 8 меридианах, у 10 детей отмечалась слабость конвергенции за счет небольшой болезненности при движении глаз,

которая сохранялась до 2-4 дня, глазные щели становились симметричны к моменту выписки из круглосуточного стационара.

Дети продолжали наблюдаться, продолжали получать плеопто-ортоптическое лечение, кроме 2-х детей, родители которых отказались от наблюдения и лечения.

Второму этапу хирургического лечения: коррекции оставшегося угла косоглазия за данный срок наблюдения подверглись 11 детей, 9 для коррекции угла сходящегося косоглазия, 2-е для коррекции вторичного угла, расходящегося косоглазия.

В отдаленном послеоперационном периоде, спустя 3,5-4 года после оперативного лечения ортофория достигнута у 26 из 40 детей (65 %), периодическая остаточная девиация (0-8°-10°) отмечена у 12 детей (30 %), вторичное расходящееся косоглазие — у 2 (5%), которые не получали лечения и не наблюдались с момента операции до 2013 года. 38 из 40 детей в послеоперационном периоде проводилось ортопто-диплоптическое лечение (развитие фузионной способности на синоптофоре, провоцирование диплопии в естественных условиях при помощи призм или цветных фильтров, компьютерные программы и др.).

Показатели бинокулярного зрения (БЗ) при исследовании на цветотесте были такими: бинокулярное зрение у 10 пациентов(25%); неустойчивое БЗ отмечено у 15 детей (37,5 %), одновременное зрение (устойчивое и неустойчивое) — у 8 (20%), монокулярное зрение сохранилось у 6 (15%), характер БЗ не удалось определить у 1 ребенка (2,5%).

Полученные нами результаты по достижению ортофории в отдаленном периоде после операции превосходят данные авторов [3,4,5] согласно которым, вторичный угол косоглазия возникает чаще. Это можно объяснить более длительным продолжением плеопто-ортоптического лечения и наблюдения детей в нашей клинике.

### **Выводы.**

1.Операция рецессия внутренней прямой мышцы и резекция ипсилатеральной наружной прямой мышцы показала высокие клинико-функциональные и косметические результаты. Равномерное распределение объема хирургического вмешательства на ипсилатеральные мышцы-антагонисты предупреждает развитие нарушений содружественных движений глазных яблок, хорошей симметрии глазных щелей.

2.Хирургическое лечение косоглазия является эффективным методом помощи не только в плане косметики, но также и для улучшения состояния бинокулярных функций. Оперативное лечение целесообразно не только в дошкольном, но и в школьном возрасте.

3.Хирургическое устранение косоглазия у детей должно обязательно сопровождаться соответствующим плеопто-ортопто-диплоптическим лечением.

**Список литературы:**

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие.- М.: Медицина, 1977.- 312с.
2. Головин С.С. Клиническая офтальмология.-М.-П., 1923,- С.633-817.
3. Самедова Д. Х. Профилактика и устранение неудовлетворительных исходов лечения содружественного косоглазия. Москва-2012г. С.27.
4. Пильман Н.И «Исправление косоглазия у детей» -1979, стр. 135.
5. Monte A. Del Monte. Atlas of Pediatric Ophthalmology and Strabismus Surgery.- Churchill Livingstone, 1993.- P.145-149.
6. Noorden G.K. von. Binocular vision and ocular Motility.- 4th ed.- St.Louis, 1990.
7. Pediatric Ophthalmology and Strabismus.- Am. Acad. of Ophthalmol. Basic and Clinical Science Course.- Section 6, 1997-1998.- P.227-365.