

Угол косоглазия по Гиршбергу: 0° — 61 % (93 ребенка), 2–5° — 37 % (56 детей), 7–10° — 2 % (3 ребенка).

Средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,66 \pm 0,3$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,79 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ).

Фузия сформировалась у 49 (32 %) детей, у 103 (68 %) детей фузия отсутствовала. Бинокулярный характер зрения появился в 44,1 % (67 детей), одновременный характер зрения в 22,4 % (34 ребенка), в 33,5 % (51 ребенок) сохранился монокулярный характер зрения, что потребовало дальнейшего плеопто-ортоптического лечения ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

В результате проведенного хирургического лечения ортофорию удалось получить в 61 % (93 ребенка), остаточный угол косоглазия сохранился у 39 % (59 детей) ( $p < 0,05$ ). В ближайшем послеоперационном периоде у 49 (32 %) детей сформировалась фузия на 0°. После выполнения хирургического лечения содружественного расходящегося косоглазия у 34 (22,4 %) детей появился одновременный характер зрения, у 67 (44,1 %) детей — бинокулярный характер зрения. Сравнительный анализ полученных клинико-функциональных результатов свидетельствует о том, что хирургическое лечение косоглазия является безопасным, малоинвазивным и эффективным методом лечения. Простота, доступность, эффективность открывают возможность широкого применения данного способа лечения содружественного сходящегося косоглазия.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аветисов, Э. С. Бинокулярное зрение. Клинические методы исследования и восстановление / Э. С. Аветисов, Т. П. Кащенко // Клиническая физиология зрения. — М.: РУСОМЕД, 1993. — С. 199–209.
2. Азнаурян, И. Э. Особенности бинокулярных функций и тактика хирургического лечения при малых и непостоянных углах содружественного косоглазия у детей / И. Э. Азнаурян // Современные проблемы офтальмологии. — СПб., 2007. — С. 74–77.
3. Клюка, И. В. Нарушения бинокулярного зрения и методы его восстановления / И. В. Клюка, В. А. Розенберг. — М., 1980. — С. 140–143.

**УДК 617.758.12-053.2-089**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОДРУЖЕСТВЕННЫМ РАСХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ**

**Романова В. О., Кириченко О. Г.**

**Научные руководители: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Проблема косоглазия у детей всегда привлекала внимание офтальмологов в связи с высокой частотой заболевания — 1,5–3,8 %, развитием дисбинокулярной амблиопии, снижением остроты зрения, косметическим дефектом с раннего детского возраста, отрицательным влиянием косоглазия на физическое и умственное развитие ребенка, ограничением выбора профессии во взрослом состоянии. [1]. При содружественном косоглазии главной целью лечения служит восстановление бинокулярного зрения, при котором устраняется асимметрия положения глаз и нормализуются зрительные функции. Мероприятия могут включать оптическую коррекцию, плеоптико-ортоптическое лечение, хирургическую коррекцию косоглазия, пред- и послеоперационное ортоптико-ортоптическое лечение. Лечение косоглазия необходимо начинать, как можно раньше, чтобы к началу школьного обучения ребенок был в достаточной степени реабилитирован в отношении зрительных функций. Практически во всех случаях при косоглазии требуется упорное, последовательное и длительное комплексное лечение [2].

## **Цель**

Оценить эффективность хирургического лечения детей с содружественным расходящимся косоглазием.

## **Материал и методы исследования**

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов хирургического лечения 24 пациентов (24 глаза) в возрасте от 4 до 12 лет (средний возраст  $7,5 \pm 2,7$  года), находившихся на лечении в детском офтальмологическом отделении У «Гомельская областная специализированная клиническая больница» в 2015–2017 гг., с диагнозом содружественного расходящегося косоглазия на фоне миопии слабой степени. Среди них 12 (50 %) девочек и 12 (50 %) мальчиков, которые проживали в г. Гомеле — 7 (29 %) человек и Гомельской области — 17 (71 %) человек. Средняя продолжительность лечения составила  $6 \pm 1,3$  дней. Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, рефрактометрия, страбометрия, определение фузии, фиксации, характера зрения. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия расценивались как статистически значимые при  $p < 0,05$ . Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 6.0.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Исходные средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,79 \pm 0,3$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,83 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

У 44 % пациентов была выявлена амблиопия. По степени амблиопии дети распределились следующим образом: 42 % — амблиопия слабой степени, 2 % — амблиопия средней степени. Все пациенты имели центральную фиксацию.

Угол косоглазия по Гиршбергу: от 0 до  $15^\circ$  — 33,3 % (8 детей), от  $15$ – $20^\circ$  — 66,7 % (16 детей). Движение глаз в полном объеме. Характер зрения — монокулярный, фузия отсутствует.

Всем детям оперативное лечение содружественного расходящегося косоглазия выполнялось на одном глазу, у 18 (75 %) детей была выполнена рецессия наружной прямой мышцы, у 6 (25 %) детей — хирургическое лечение было выполнено на двух мышцах (рецессия наружной прямой мышцы и резекция внутренней прямой мышцы).

В ближайшем послеоперационном периоде достичь ортофорию удалось у 87,5 % (21 ребенок), только у 3 (12,5 %) детей имелся остаточный угол косоглазия до  $5^\circ$ .

Средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,79 \pm 0,3$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,85 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

У 4 (16,7 %) детей появилась фузия, у 20 (83,3 %) детей фузия отсутствовала. Бинокулярный характер зрения сформирован в 29,2 % (7 детей), одновременный характер зрения в 12,5 % (3 ребенка), в 58,3 % (14 детей) сохранился монокулярный характер зрения, что потребовало дальнейшего плеопто-ортоптического лечения.

## **Выводы**

Проведенное оперативное вмешательство позволило получить ортофорию в 87,5 % (21 ребенок), остаточный угол косоглазия до  $5^\circ$  имелся у 12,5 % (3 ребенка). В ближайшем послеоперационном периоде у 4 (16,7 %) детей сформировалась фузия на  $0^\circ$ . После выполнения хирургического лечения содружественного расходящегося косоглазия у 3 (12,5 %) детей появился одновременный характер зрения, у 7 (29,2 %) детей — бинокулярный характер зрения. Сравнительный анализ полученных результатов свидетельствует о том, что хирургическое лечение косоглазия является безопасным, малоинвазивным и эффективным методом лечения. Простота, доступность, эффективность открывают возможность широкого применения данного способа лечения содружественного расходящегося косоглазия.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клюка, И. В. Нарушения бинокулярного зрения и методы его восстановления / И. В. Клюка, В. А. Розенберг. — М., 1980. — С. 140–143.
2. Аветисов, Э. С. Бинокулярное зрение. Клинические методы исследования и восстановление / Э. С. Аветисов, Т. П. Кашенко // Клиническая физиология зрения. — М.: РУСМЕД, 1993. — С. 199–209.