

Динамика среднего ПЗО:

- абсолютный: 0,076 мм;
- относительный: 0,125 мм.

В контрольную группу вошли 24 пациента различной степени миопии (таблица 3).

Таблица 3. Распределение по степени миопии

Рефракция	От 7-10 лет	11-12 лет	13-15 лет	Всего
СА	3	2	1	6
До 3 Д.	8	1	1	10
От 3 Д-6 Д.	1	1	1	3
Более 6Д.	1	3	1	5

Этим пациентам проводились курсы противомиопического лечения, у 5 пациентов в анамнезе – склерукрепляющие операции. Очковая коррекция назначалась в зависимости от степени миопии.

Сроки наблюдения составили от 47 дней до 263 дней (таблица 4).

Возраст	Мальчики	Девочки	Всего
От 7 до 10 лет	1	7	8
От 11 до 12 лет	3	3	6
От 13 до 15 лет	1	5	6
Более 15 лет	3	1	4
Итого	8	16	24

Изменение средней динамической миопии в данной группе составили:

- абсолютный: 0,7 Д;
- относительный: 0,66 Д.

Динамика средней субъективной коррекции, дающей максимальную остроту зрения:

- абсолютный: 0,56 Д;
- относительный: 0,53 Д.

Динамика среднего ПЗО:

- абсолютный: 0,26 мм;
- относительный: 0,25 мм.

Приводим сводную таблицу исследуемых данных (таблица 5).

Таблица 5. Сводная таблица исследуемых данных

	Исследуемая группа		Контрольная группа	
	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Динамика Rf	0,06	0,17	0,7	0,66
Динамика ПЗО	0,07	0,12	0,26	0,25
Коррекция	0,05	0,15	0,56	0,53

### Выводы

1. Использование ЭПФ в сочетании с максимальной очковой коррекцией позволило постоянно воздействовать на функциональный компонент миопии, как при работе, так и при взгляде вдаль и, соответственно, оказывать влияние на стабилизацию близорукости.

2. Постоянная максимальная очковая коррекция за счет положительного воздействия на аккомодацию и конвергенцию оказывает стабилизирующий эффект на миопию.

3. Воздействуя призмным компонентом на конвергенцию и аккомодацию, происходит разобщение их взаимного влияния, особенно при зрительной нагрузке вблизи.

4. Учитывая способность ЭПФ устранять часто встречающуюся при миопии экзофорию, одновременно оказывается воздействие на так называемые – «мышечные тиски».

5. Преимуществом данной смешанной коррекции является возможность пользоваться призмами необходимой диоптрийности, по необходимости заменяя их по силе.

**Мелехина М.А., Цыганова Т.А.**

## НАШ ОПЫТ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Представлен анализ результатов лазерного лечения пациентов с диабетическим макулярным отеком различных степеней тяжести. Доказана эффективность фокальной лазерной коагуляции сетчатки при диабетическом макулярном отеке в сочетании с панретинальной коагуляцией.

Частота встречаемости диабетического макулярного отека (ДМ) составляет 4-15% в диабетической популяции. Даже при наличии незначительных изменений периферических отделов сетчатки в виде непролиферативной диабетической ретинопатии (по классификации ВОЗ) макулярный отек представляет собой серьезную угрозу для зрения и приводит к инвалидизации пациентов.

### Цель исследования

Проанализировать и оценить результаты лазерного лечения пациентов с наличием диабетического макулярного отека различных степеней тяжести.

### Материалы и методы

Проанализированы амбулаторные карты 124 пациентов (201 глаз), находящихся под наблюдением офтальмолога диабетологического центра Областной клинической больницы г. Н. Новгорода. У всех пациентов при обращении был диагностирован клинически значимый макулярный отек. Степень тяжести маку-