

Остеопатическая коррекция миопии слабой степени у детей 7–10 лет

Е. А. Боброва, И. А. Аптекар, Е. В. Абрамова, АНО «Тюменский институт мануальной медицины»

Резюме

В статье представлены результаты обследования и лечения 34 детей 7–10 лет с миопией слабой степени. Доказана эффективность остеопатической коррекции миопии слабой степени у детей младшего школьного возраста.

Ключевые слова: миопия слабой степени, соматическая дисфункция, остеопатическая коррекция.

Osteopathic Correction of Mild Myopia in 7–10 Years Old Children

E. Bobrova, I. Aptekar, E. Abramova, Autonomous Noncommercial Entity "Tyumen Institute of Manual Medicine"

Abstract

The article presents the results of examination and treatment of 34 children aged 7–10 years old with mild myopia. The study showed the efficiency of osteopathic correction of mild myopia in early school aged children.

Keywords: mild myopia, somatic dysfunction, osteopathic correction.

Введение

Распространенность патологии зрения у детей и подростков в РФ заметно превышает показатели взрослого населения и составляет 10,0–10,1 тыс. случаев на 100 тыс. детского населения. По данным литературы, частота приобретенной миопии среди детей школьного возраста составляет от 3,2% до 19,6%.

К совершеннолетию примерно 1/5 часть школьников ограничена в выборе профессии из-за миопии.

К сожалению, в комплексной терапии миопии практически не применяются остеопатические методы коррекции, являющиеся неинвазивными и очень мягкими методами лечения.

Цель исследования

Изучить эффективность применения остеопатической коррекции в комплексном лечении миопии слабой степени у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования

Исследование осуществлялось на базе ГАУЗ Тюменской области «Областной офтальмологический диспансер» и АНО «Тюменский институт мануальной медицины». Было отобрано 34 ребенка в возрасте 7–10 лет с диагнозом H52.13 («миопия слабой степени»). Из них были созданы две группы:

1. Основная группа включала 17 детей младшего школьного возраста с диагнозом «миопия слабой степени», получающих комплексное лечение, включающее стандартный протокол офтальмологической терапии и курс остеопатической коррекции;
2. Контрольная группа включала 17 детей младшего школьного возраста с диагнозом «миопия слабой степени», которым проводилось только офтальмологическое лечение.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и полу, социальным факторам (жилищно-бытовые условия, условия обучения).

Критерий включения в группы:

- наличие миопии слабой степени у детей раннего школьного возраста;

Критерии исключения:

- оперированная миопия;
- наличие врожденной патологии глаз;
- отсутствие значимых соматических дисфункций.

Исследование проводилось в течение 12 месяцев 2013 г. и состояло из несколько этапов:

1. Визит пациента к врачу-офтальмологу, при котором проводился ряд обследований (визометрия, авторефрактометрия, измерение резервов аккомодации, скиаскопия в условиях ускоренной циклоплегии) с последующим назначением консервативного лечения.

2. Первичное посещение врача-остеопата и остеопатическое обследование с целью выявления соматических дисфункций.

3. Проведение остеопатической коррекции (3–4 сеанса с интервалом 1 неделя).

4. Контрольный осмотр через 6 месяцев от начала лечения. Посещение врача-офтальмолога и врача-остеопата с целью динамического наблюдения.

5. Контрольный осмотр через 12 месяцев от начала лечения. Посещение врача-офтальмолога и врача-остеопата с целью динамического наблюдения.

Проводимое консервативное лечение со стороны врача-офтальмолога: назначение мидриатиков (ирифрин 2,5% по 1 капле на ночь в оба глаза в течение 1 месяца); тауфон 4% по 1 капле 3 раза в день в оба глаза в течение 1 месяца; назначение курса лечения в отделении терапевтической офтальмологии Областного офтальмологического диспансера (тренировка резервов аккомодации; микрозатуманивание по Дашевскому; компьютерная программа «Relax»; денс-очки; стеклянный атропин).

Остеопатическое обследование пациентов осуществлялось по стандартизированному протоколу, включающему в себя общий и локальный осмотр, пальпацию анатомических структур, активные и пассивные тесты.

Ниже перечислены остеопатические техники коррекции, которые наиболее часто проводились детям в основной группе. Последовательность проведения техник выбиралась исходя из каждого конкретного случая, поэтому указанная ниже очередность не является обязательной.

1. Устранение соматических дисфункций затылочной кости;

2. Устранение внутрикостных дисфункций костей черепа, в основном затылочной, клиновидной и височной;

3. Коррекция шовных дисфункций костей черепа, чаще в зоне малых крыльев клиновидной кости и глазничного отростка лобной кости;

4. Устранение соматических дисфункций SBS;

5. Уравновешивание костей основания, свода и лицевого отдела черепа;

6. Коррекция соматических дисфункций верхнего шейного отдела позвоночника;

7. Коррекция соматических дисфункций верхнего грудного отдела позвоночника;

8. Коррекция соматических дисфункций твердой мозговой оболочки;

9. Глобальное уравновешивание dura mater;

10. Коррекция соматических дисфункций таза.

Результаты исследования и их обсуждение

Все данные исследования заносились в контрольные карты пациентов. Материалы, полученные нами в ходе исследования, обработаны способом вариационной статистики-6 с использова-

нием математической программы Biostat. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05.

Оценка генетической отягощенности и акушерского анамнеза

Таблица 1

Распределение генетической отягощенности в исследованных группах

Генетика	Основная группа, n = 17	Контрольная группа, n = 17
Отягощена по миопии	9 (60%)	8 (53%)

Как видно из таблицы 1, генетический анамнез отягощен в обеих группах в 60–53% случаев.

Таблица 2

Сравнительная оценка отягощенности акушерского анамнеза у опрошенных пациентов

Факторы риска акушерского анамнеза	Основная группа n = 17	Контрольная группа n = 17
Осложнения течения беременности	9 (60%)	8 (53%)
Осложнения течения родов	10 (67%)	11 (73%)

Из представленных в таблице 2 данных мы видим, что акушерский анамнез отягощен у 53–73% обследованных детей.

Таблица 3

Сравнительная оценка изменения показателей рефрактометрии в исследуемых группах детей 7–10 лет с миопией слабой степени до и после лечения

	Средний показатель рефрактометрии (диоптрий)	
	до лечения, M min, max	после лечения, M min, max
Основная группа	2,0 (0,75–3,0)	1,5 (0,5–3,0)
Контрольная группа	1,5 (0,5–2,5)	2,5 (1,0–3,5)

В основной группе детей раннего школьного возраста произошло уменьшение тяжести миопии после лечения в среднем на 0,5 дптр, а в контрольной группе детей раннего школьного возраста — увеличение тяжести на 1,0 дптр.

Для более наглядного представления о динамике заболевания в обследуемых группах детей ниже приводится графическое отображение процесса.

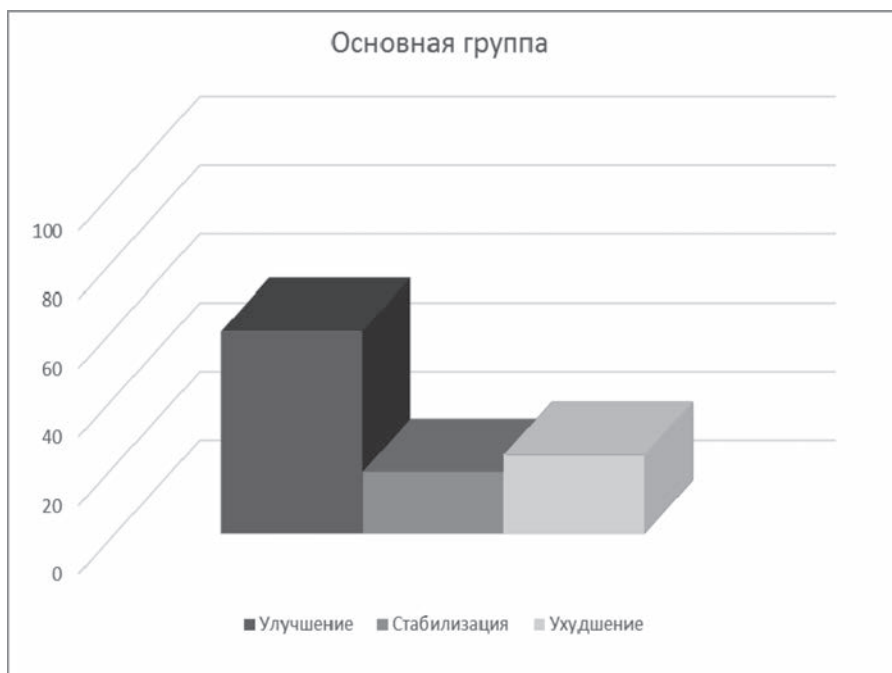


Рис. 1. Характеристика динамики заболевания после лечения в основной группе, % ($p < 0,001$)



Рис. 2. Характеристика динамики заболевания после лечения в контрольной группе, % ($p < 0,001$)

По результатам проведенного исследования выяснили, что в основной группе в 59% случаев наступило уменьшение тяжести миопии, в 18% случаев — стабилизация процесса (без изменения данных рефрактометрии), в 23% случаев — ухудшение состояния. В то время как в контрольной группе, где проводилось только стандартное консервативное лечение, стабилизация заболевания наступила только в 18% случаев, ухудшение — в 82%, а улучшение состояния не зафиксировано.

Таблица 4

**Сравнительная характеристика показателей остеопатического статуса
до и после лечения в исследуемых группах**

Остеопатический статус	Частота соматических дисфункций, %			
	основная группа		контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Соматическая дисфункция верхнего шейного отдела позвоночника	100	35*	100	100
Соматическая дисфункция грудного отдела позвоночника	80	26*	85	85
Соматические дисфункции твёрдой мозговой оболочки	100	47	100	100
Внутрикостные повреждения затылочной, височной, клиновидной костей	68	10*	65	65
Соматические дисфункции сфенобазиллярного синхондроза (физиологические паттерны)	85	27*	80	80
Соматические дисфункции сфенобазиллярного синхондроза (нефизиологические паттерны)	15	0	10	10
Дисфункция затылочно-сосцевидного шва	40	10	60	60
Дисфункция клиновидно-лобного шва	100	20*	100	100

Примечание: * — достоверность $p < 0,05$

Остеопатический статус

По результатам проведенных исследований установлено, что после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечалось существенное улучшение остеопатического статуса. В частности, соматические дисфункции верхнего шейного и грудного отделов позвоночника уменьшились практически в 3 раза. Соматические дисфункции твердой мозговой оболочки до лечения определялись у 100% детей, после лечения — у 47% детей. Внутрикостные повреждения затылочной, височной, клиновидной костей до лечения встречались у 68% детей, после лечения отмечались лишь у 10% детей. У 85% детей отмечались физиологические паттерны сфенобазиллярного синхондроза, а именно: у 60% — торсия СБС, у 25% — латерофлексия с ротацией. После проведенного лечения частота встречаемости торсии СБС уменьшилась в 3,5 раза, латерофлексии с ротацией — в 2,5 раза. У 15% детей встречался высокий вертикальный стрейн. После лечения данный вид паттерна сфенобазиллярного синхондроза не встречался. Дисфункция затылочно-сосцевидного шва определялась в 40% случаев, после лечения частота встречаемости признаков дисфункции данного шва уменьшилась в 4 раза, частота встречаемости признаков дисфункции клиновидно-лобного шва уменьшилась в 5 раз. Наглядно это показано на рисунке 3.

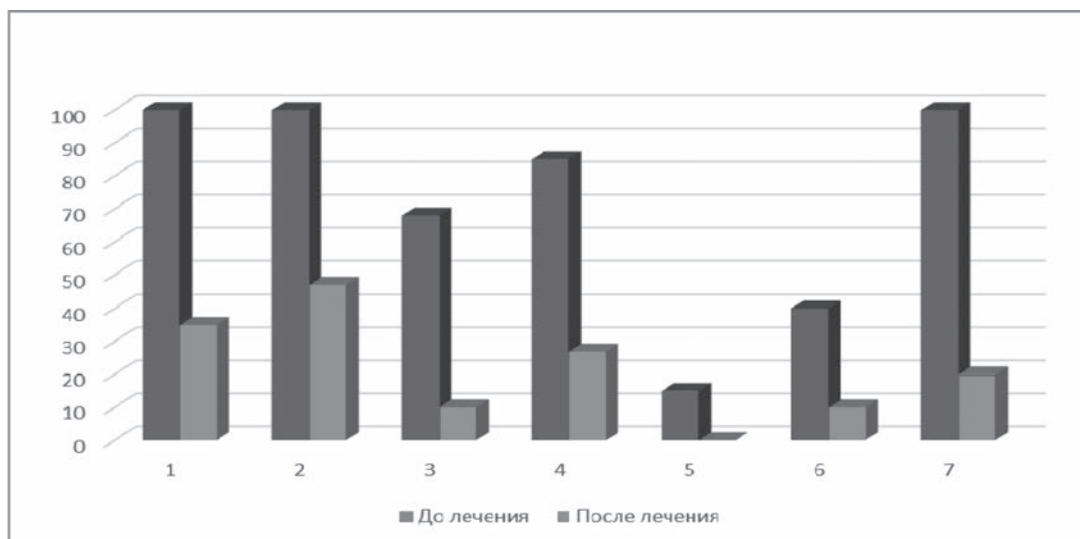


Рис. 3. Сравнительная характеристика показателей остеопатического статуса до и после лечения в основной группе, %:

- 1 — соматические дисфункции верхнего шейного отдела;
- 2 — соматические дисфункции твердой мозговой оболочки;
- 3 — внутрикостные повреждения затылочной, клиновидной, височной костей;
- 4 — соматические дисфункции сфенобазиллярного синхондроза (физиологические паттерны);
- 5 — соматические дисфункции сфенобазиллярного синхондроза (нефизиологические паттерны);
- 6 — дисфункция затылочно-сосцевидного шва;
- 7 — дисфункция клиновидно-лобного шва.

Выводы

1. Наиболее распространенными факторами риска развития миопии являются наследственная предрасположенность к миопии, патология беременности, родов.
2. В остеопатическом статусе детей младшего школьного возраста с миопией слабой степени преобладают соматические дисфункции верхнего шейного отдела позвоночника, соматические дисфункции твердой мозговой оболочки, ограничение подвижности клиновидной кости в зоне сочленения глазничного отростка лобной кости и малых крыльев клиновидной кости, внутрикостные повреждения височных, клиновидной и затылочной костей.
3. Эффективность остеопатической коррекции миопии легкой степени у детей младшего школьного возраста подтверждена динамикой данных авторефрактометрии и визометрии.
4. Использование комплексного подхода (медикаментозное лечение в сочетании с остеопатической коррекцией) в лечении миопии слабой степени у детей младшего школьного возраста позволит оптимизировать лечебный алгоритм и повысить эффективность терапии.

Список литературы

1. Абрамов В. Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности/В. Г. Абрамов. — М.: Мобиле, 1993. — 493 с.
2. Готье С. С. Методы мануальной терапии в коррекции функциональных нарушений зрения на фоне дисфункции шейного отдела позвоночника/С. С. Готье, О. А. Потапова, Т. С. Хейло, И. Г. Куман //

Актуальные проблемы офтальмологии: VII Всероссийская научная конференция молодых ученых: Сборник научных работ./под ред. Б.Э. Малюгина. — М.: Офтальмология, 2012. — 236 с.

3. Кузнецова М. В. Причины развития близорукости и ее лечение/М. В. Кузнецова. — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. — 176 с.

4. Лиём Т. Практика краниосакральной остеопатии/Т. Лиём. — СПб.: Меридиан-С, 2008. — 510 с.

5. Магун Г. И. Остеопатия в краниальной области/Г. И. Магун. — СПб.: Меридиан-С, 2010. — 336 с.

6. Новосельцев С. В. Введение в остеопатию. Частная краниальная остеопатия/С. В. Новосельцев. — СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2010. — 352 с.: ил.

7. Новосельцев С. В. Функционально-клиническая анатомия костей мозгового и лицевого черепа: Учебное пособие/С. В. Новосельцев, И. В. Гайворонский. — СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2010. — 88 с.

8. Паолетти С. Фасция. Анатомия, дисфункция, лечение/С. Паолетти. — СПб.: Институт остеопатии, 2012. — 302 с.

9. Парсонс Д. Остеопатия. Модели для диагностики, лечения и практики/Д. Парсонс, Н. Марсер. — СПб.: Меридиан-С, 2010. — 452 с.