

## Доктор мед. наук В. И. Балабанов

Мордовский университет им. Н. П. Огарева

2. Мы полагаем, что отсутствие единой классификации является основным тормозом в дальнейшем изучении и решении проблемы борьбы с близорукостью. Несомненно, что происхождение близорукости столь же полиэтиологично, как, например, глаукомы. Обилие гипотез генеза близорукости подтверждает сказанное. Разработка этого вопроса требует дифференциального подхода к материалу, которым располагает исследователь. Рассуждать о близорукости вообще — это значит не добавлять ничего нового или, точнее говоря, оставаться на устаревших позициях. Можно а priori утверждать, что выводы будут различные в зависимости от преобладания в материалах исследования той или иной формы близорукости. По-видимому, настало время глубоких поисков критериев отличия для каждой отдельной формы близорукости и определения на основе этого этиологии и патогенеза отдельных форм.

Наблюдения показывают, что у лиц с наследственной близорукостью во всех случаях имеется несоответствие степени близорукости со сравнительно удовлетворительной (без коррекции) остротой зрения вдаль, четко очерченное без пигментации склеральное кольцо и нормальное глазное дно. Наследственная близорукость, как правило, не прогрессирует, а если ее степень и возрастает, то незначительно и до определенного возраста. Врожденная близорукость отличается истончением и депигментацией сетчатки, нечетким и пигментированным склеральным конусом, прогрессирует уже в младших классах, а затем принимает злокачественный характер. Для приобретенной рабочей (школьной) близорукости наиболее характерны несоответствие низкой (без коррекции) остроты зрения вдаль со сравнительно слабой степенью близорукости, более удовлетворительное состояние глазного дна, легкая смытость границ диска зрительного нерва и гиперемия вен сетчатки. Приобретенная трофическая форма миопии чаще односторонняя, а если двухсторонняя, то, как правило, различной степени на каждом глазу, ее трудно отличить от врожденной.

Надо полагать, что исследование отдельных форм близорукости позволят установить наиболее четкие их дифференциальные признаки и будут способствовать выяснению их генеза.

Мы убеждены, что в прогрессировании близорукости существенное значение должно быть отведено также имеющейся степени астигматического компонента.

На наш взгляд, желательно обсудить и уточнить детали предлагаемой нами классификации близорукости, отвечающей этим требованиям:

| Клинические формы     | Течение процесса            | Оптические параметры               | Степень |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------|
| 1. Наследственная     | Непрогрессирующая           | Шаровидная                         | Слабая  |
| 2. Врожденная         | Простая прогрессирующая     | Осевая                             |         |
| 3. Приобретенная      |                             | а) с астигматическим компонентом   | Средняя |
| а) рабочая (школьная) | Осложненная прогрессирующая | б) без астигматического компонента | Высокая |
| б) трофическая        |                             |                                    |         |

3. По-видимому, каждая клиническая форма близорукости имеет и присущую ей этиологию. Мы полагаем, что при трофической форме имеют значение патологические процессы уvealного тракта, общее состояние организма, инфекционные и другие общие заболевания. Однако в патогенезе развития и прогрессирования близорукости ведущее место, по нашему мнению, должно быть отведено состоянию аккомодационного аппарата и степени зрительного напряжения. В этнографическом распределении близорукости главенствующая роль принадлежит, по-видимому, естественной освещенности — несомненно, что в Ленинградской области с ее короткими и пасмурными днями требуется значительно большее напряжение аккомодации, чем в Днепрпетровской, где преобладает ясная солнечная погода, отсюда и большая разница в процентном отношении близоруких среди школьников старших классов в этих областях. Низкая острота зрения, независимо от ее причины (помутнение роговицы, частичная атрофия зрительного нерва и пр.), также требует большего зрительного напряжения и, следовательно, способствует развитию близорукости. Несомненное значение в развитии близорукости у детей имеет степень их астигматического компонента, сопровождающегося постоянным напряжением аккомодации. Равноценное значение имеют спазм аккомодации и ослабление аккомодационной деятельности. По-видимому, нормальная физиологическая деятельность аккомодационного аппарата тесно связана с гемо- и гидродинамикой глазного яблока, с его питанием. Слабость аккомодационной деятельности, длительное напряжение аккомодационной мышцы, спазм ее приводят к трофическим и другим нарушениям в глазу, способствуя усилению рефракции. Нельзя отрицать и связи аккомодационной деятельности с вегетативными центрами, регулирующими рост глазного яблока.

4. Значение профилактических мероприятий не вызывает сомнений. Развитие близорукости, ее прогрессирование, наша беспомощность говорят лишь о том, что в этом вопросе все еще много темных пятен. Однако несомненное снижение процента близорукых среди школьников Советского Союза оправдывает все те меры, которые предпринимаются нами для достижения этой цели. Трудно выделить наиболее важные из них. По-видимому, лучшие плоды возможны тогда, когда эта работа проводится комплексно. Здесь играют роль и санитарно-гигиенические мероприятия, и улучшение физического состояния детей, и снижение заболеваемости, как общей, так и местной, и рациональная зрительная нагрузка (чередование уроков со зрительной нагрузкой с уроками относительного отдыха для аккомодационной деятельности). Немаловажное значение имеют рациональная оптическая коррекция и тренировка аккомодационной деятельности.

5. Назначение очков — это ответственный акт. Наши исследования показали, что усиление рефракции идет значительно интенсивнее у лиц с астигматическим компонентом. Следовательно, во всех случаях, когда у детей имеется рефракция с астигматическим компонентом, необходимо назначение постоянной коррекции астигматизма, особенно это важно у лиц с простым астигматизмом. Назначая очки, необходимо по возможности стремиться к разгрузке аккомодационной деятельности во время работы вблизи. Лицам со сферической близорукостью до 2,0 Д назначение очков нерационально. При коррекции близорукости свыше 2,0 Д этот резерв необходимо, по-видимому, оставлять незывлемым, т. е. выписывать очки на 2,0 Д слабее имеющейся. Это правило должно сохраняться и при назначении сферо-цилиндрических очков — полная коррекция астигматизма (с учетом ее переносимости) и неполная дополняющейся сферой.

6. При лечении прогрессирующей близорукости необходимо прежде всего выяснение и устранение возможных ее причин. Большое значение должно быть уделено общему состоянию организма и нарушениям сердечно-сосудистой системы. Показаны пребывание на свежем воздухе и витаминотерапия.

7. Относительно хирургических методов лечения надо отметить, что в этом вопросе все еще требуются дальнейшие поиски.

Поступила 11 июня 1973 г.

УДК 617.753.2

## ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ БЛИЗОРУКОСТИ

(Заключение по дискуссии)

*Проф. А. П. Нестеров*

(Казань)

Дискуссия по основным аспектам проблемы близорукости была проведена в журнале по решению редколлегии. Выбор темы дискуссии определялся, с одной стороны, широким распространением миопии среди населения, с другой — существенными изменениями в представлениях о механизме развития, методах лечения и профилактике близорукости и связанных с ней осложнений. Учитывая профиль журнала, мы сузили рамки дискуссии, обратившись с просьбой к авторам дать конкретные ответы на вопросы, которые были предварительно сформулированы редакционной коллегией. Таким образом, цель дискуссии заключалась в ознакомлении врачей различных специальностей — педиатров, школьных врачей, офтальмологов, гигиенистов — со взглядами различных советских школ на основные аспекты проблемы близорукости.

1. «Какую роль играет близорукость в структуре слепоты и слабоумия?» В ответах на этот вопрос выявлено полное единодушие. Близорукость в нашей стране страдает около 5—6% всего населения и 10—15% лиц со средним и высшим образованием. Миопия и связанные с ней осложнения служат одной из наиболее частых причин (20—25%) слабоумия и слепоты. Если учесть, что слепота и слабоумие дают 11—16% инвалидности, то примерно у 2—3% всех инвалидов потеря трудоспособности так или иначе связана с близорукостью.

2. «Ваше мнение о классификации близорукости». В большинстве опубликованных в журнале ответов приведена собственная классификация миопии. По-видимому, каждая из схем имеет свои достоинства и недостатки. Несомненно, что следует различать врожденную и приобретенную близорукость, прогрессирующую и стационарную. Как правило, миопия носит характер осевой, рефракционная близорукость встречается нечасто и не достигает высоких степеней. Нельзя не согласиться с тем, что близорукость как болезнь необходимо отделять от близорукости как аномалии рефракции. Следует отметить, что разница в классификационных схемах различных авторов не так уж велика, и в настоящее время есть все основания разработать единую классификацию, по крайней мере для практических врачей. Эту задачу могло бы взять на себя Правление Всесоюзного общества офтальмологов, которое возглавляет один из крупнейших специалистов по проблеме миопии проф. Э. С. Аветисов.