**Состояние зрения детей с косоглазием и амблиопией.**

**Косоглазие —** заболевание с нарушением бинокулярно­го зрения в результате отклонения одного из глаз от общей точки фиксации.

**Косоглазие** — это не только косметиче­ский дефект, а тяжелый функциональный недостаток, который развивается при несогласованности работы мышц глаза. Чаще всего это начинается в 2—3 года, когда наибо­лее активно формируется совместная деятельность обоих глаз.

**Причиной** нарушения взаимодействия глаз могут быть заболевания и травмы центральной нервной системы и органа зрения.

Анализируя состояние зрения детей с косоглазием и амблиопией Э.С. Аветисов (1963), Л.А. Григорян (1978), Е.И. Ковалевский (1995)выделили следующие **клинические виды косоглазия**:

*-* содружественное косоглазие;

*-* сходящееся косоглазие и амблиопия различной степени;

*-* расходящееся косоглазие с разной структурой дефекта: при нормальной остроте зрения, при гиперметропии с дальнозорким астигматизмом, при миопии, при амблиопии различной степени.

**Сходящееся косоглазие** развивается в раннем детстве и часто бывает не постоянным, а периодическим. Со време­нем косоглазие приобретает стойкий характер, так как зрительная система ребенка перестраивается и приспосабли­вается к асимметричному положению глаз, нарушается би­нокулярное зрение.

**Расходящееся косоглазие** постепенно усиливается с возрастом или остается неизменным, а возникает оно в бо­лее позднем возрасте.

*Исследования показывают, что у 70% детей со сходя­щимся косоглазием наблюдается гиперметропия (дально­зоркость), а у 60% при расходящемся косоглазии миопия (близорукость) (В.Т.Абрамов, 1993).*

 П**ри этом** **в зависимости от состояния аккомодацион­ного аппарата выделены**:

*-* аккомодационное косоглазие;

*-* частично-аккомодационное косоглазие;

*-* неаккомодационное косоглазие.

**При косоглазии косящий глаз практически бездейству­ет, в зрении участвует только один глаз. Постепенно это приводит к стойкому понижению зрения косящего глаза, амблиопии.**

Под **амблиопией** понимают понижение остроты зре­ния, обусловленное функциональными расстройствами зрительного анализатора, не сопровождающиеся видимы­ми анатомическими изменениями (Л.А. Григорян, 1978).

**Различают следующие виды амблиопии:**

*-* рефракционная;

*-* дисбинокулярная;

*-* обскурационная;

*-* истерическая.

Причиной возникновения **рефракционной амблиопии** является длительное и постоянное проецирование на сет­чатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме.

Данный вид амблиопии возникает вследствие анома­лии рефракции, которые в данный момент не поддаются коррекции.

При ношении правильно подобранных очков острота зрения постепенно может повыситься вплоть до нор­мального.

Причиной возникновения **дисбинокулярной амблио­пии** является расстройство бинокулярного зрения. Пони­жение центрального зрения ведет к расстройству зритель­ной фиксации и появлению нецентральной фиксации. Точная оценка местоположения видимого предмета за­труднена. Таким образом, дисбинокулярная амблиопия подразделяется на две группы:

- амблиопия с правильной фиксацией

- амблиопия с неправильной фиксацией, кото­рая встречается в 70-75% случаев.

Амблиопия данного вида, как правило, односторонняя и встречается при монолатеральном косоглазии.

При цен­тральной фиксации своевременное лечение приводит к по­вышению остроты зрения. При нецентральной фиксации это удается не всегда.

Причиной возникновения **абскурационной амблиопии** является врожденное или раноприобретенное помутнение хрусталика.

Понижение зрения при данном виде амблиопии обу­словлено не только функциональными, но и анатомиче­скими причинами, поэтому на значительное улучшение зрения нельзя рассчитывать.

**Истерическая форма амблиопии** встречается редко и может возникнуть после психической травмы. Происходит понижение остроты центрального зрения, сужение поля зрения, наблюдается спазм аккомодации и конвергенции. Ведущую роль в лечении данного вида амблиопии занима­ет психотерапевт.

**Нарушение бинокулярного зрения при косоглазии и амблиопии может и должно быть устранено в ходе интен­сивных тренировок и применения специальных методов лечения.**

Литература: Дружинина Л.А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушением зрения. М., 2006