

За. Кононенко С.Н. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение рака щитовидной железы // Хирургия. - 2000. - №3. - С. 38-41.

Ба. Хмельницкий О.К., Третьякова М.С. Щитовидная железа как объект морфометриче-

ского исследования // Арх. пат. - 1998. - Вып. 4. - С. 47-49.

ба. Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. Пер. с англ. - М.: Практика, 1999. - С. 628-631.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ГРУППАХ ДЕТСКИХ САДОВ №6, 54, 69 г. БЕЛГОРОДА

Жерновая Л.М.

детская поликлиника № 4 г. Белгорода

Митюшина О. И.

детская поликлиника № 1 г. Белгорода

Большое место в патологии органа зрения детей занимают содружественное косоглазие и амблиопия. По многочисленным статистическим данным косоглазием страдает от 2% до 3% детей. Косоглазие является не только косметическим дефектом, постоянно травмирующим психику ребенка, это страдание сопровождается также глубоким нарушением зрительных функций, что ограничивает выбор дальнейшей профессии.

Этиология и патогенез. Различают паралитическое косоглазие, вызванное поражением нервов (nn. Oculomotorius, trochlearis, abducens), иннервирующих наружные мышцы глаза, и содружественное косоглазие, при котором нарушена иннервация конвергенции и фузии, но глазодвигательные мышцы почти не страдают.

Причинами содружественного косоглазия могут быть врожденные и приобретенные заболевания ЦНС, общие инфекции и интоксикации, родовая травма, резкое понижение зрения или слепота на один глаз.

В результате действия указанных причин поражаются различные отделы и сенсорно-двигательные связи зрительного анализатора, от которых зависит нормальное бинокулярное зрение, что приводит к его расстройству или препятствует его формированию.

При низком зрении или слепоте одного глаза отклонение его возникает из-за отсутствия стимула к фузии (слиянию).

При недостаточной фузионной способности глаз может отклониться вследствие усиленной (при дальнозоркости) или ослабленной (при близорукости) аккомодации и связанной с ней конвергенции. Такое косоглазие называют аккомодационным, а все другие формы содружественного косоглазия – неаккомодационным.

Течение и симптомы. Содружественное сходящееся косоглазие обычно развивается в раннем детстве и вначале нередко бывает периодическим. Постепенно происходит перестройка всей зрительной системы ребенка, которая приспособляется к асимметричному положению глаз. Активное торможение реакции на адекватное раздражение центрального участка сетчатки отклоненного глаза приводит к тому, что рисующиеся здесь изображения исключаются из зрительного восприятия. Возникает функциональная скотома, устраняющая двоение. Эта скотома исчезает при выключении из акта зрения фиксирующего глаза.

Нарушение нормальных бинокулярных связей со временем приобретает все более прочный характер. В искусственных условиях разделение полей зрения обоих глаз (т. е. при гаглоскопическом зрении) иногда происходит слияние изображений, падающих на центральную ямку сетчатки одного глаза и парацентральный участок сетчатки другого.

Расходящееся косоглазие, которое встречается в 10 раз реже сходящегося, обычно возникает в более позднем возрасте.

При монолатеральном косоглазии функция постоянно косящего глаза находится в состоянии стойкого торможения, что приводит к резкому понижению остроты зрения этого глаза – амблиопии. При интенсивном тормозном процессе центральная ямка теряет свое функциональное превосходство перед другими участками сетчатки и возникает неправильная зрительная фиксация.

При содружественном косоглазии двоения, как правило, не бывает. Оба глаза (фиксирующий и косящий) совершают движения примерно в одинаковом объеме. Движения каждого глаза в различных направлениях обычно не ограничены или мало ограничены.

Паралитическое косоглазие отличается от содружественного наличием диплопии, отсутствием или резким ограничением подвижности глаза в сторону пораженной мышцы и изменением величины угла косоглазия при перемещении линии взора (2).

В настоящее время научная разработка вопросов диагностики и лечения косоглазия стоит на одном уровне с практическим решением проблемы массового лечения косоглазия (1).

Наблюдения, свидетельствующие о рациональности раннего лечения косоглазия, приведены многими авторами (4). Лечение косоглазия и амблиопии, особенно у маленьких детей, задача весьма трудная, так как оно должно быть очень длительным и систематическим. Решение этой задачи связано с тяжестью организации систематического лечения детей. Ортоптические кабинеты при поликлиниках не могут обеспечить лечения всех детей с косоглазием, так как родители не имеют возможности систематически посещать кабинет, а в домашних условиях лечению мешают отсутствие необходимой аппаратуры и постоянного контроля врача-офтальмолога.

Поэтому в 1975 году в г. Белгороде, по договоренности с органами народного образования, с целью проведения систематического и рационального лечения детей с косоглазием и амблиопией младшего возраста были впервые открыты специализированные группы детей на базе детского сада № 6. Убедившись в целесообразности создания этих групп и получив хорошие результаты в лечении амблиопии и косоглазия, в 1980 году были открыты еще две группы детей на базе

детского сада № 54, а в 1990 году еще три специализированные группы на базе детского сада № 69 г. Белгорода (3).

В детских садах были организованы и оборудованы ортоптические кабинеты, к ним прикреплены медицинские сестры – ортоптистки, обученные на базе офтальмологического отделения областной детской больницы г. Белгорода, которые проводят индивидуальное ортоптическое лечение. Наблюдение и контроль за лечением детей осуществляют врачи – офтальмологи, прошедшие специализацию по охране зрения детей на базе НИИ Глазных болезней имени Гельмгольца г. Москва.

Ортоптические кабинеты оснащены всей необходимой современной диагностической, лечебной аппаратурой: синоптофор, амблиотренер, монобиноскоп, мускултренер, макулотестер, бивизотренер, цветотест, аппарат АТ – 1, лазер – спекл, набор для проведения диплоптики.

В ортоптическом кабинете детского сада № 6 введен новый метод лечения на компьютере с программами, направленными на лечение амблиопии и косоглазия, восстановления и развития бинокулярного зрения. В основу упражнений положены методы плеоптики, ортоптики и диплоптики, разработанные ведущими офтальмологами НИИ Глазных болезней им. Гельмгольца г. Москва.

Организация режима детей в специализированных группах осуществляется так, что лечебный процесс успешно сочетается с общеобразовательными занятиями, играми и деятельностью детей в быту. Система зрительных нагрузок вводится в практику специализированных групп путем организации занятий, включенных в общую общеобразовательную практику с учетом особенностей зрительного анализатора. Учебно – наглядные пособия подбираются, исходя из необходимости одновременного удовлетворения лечебно-офтальмологическим и педагогическим требованиям. Тренировочные занятия проводятся по два раза в день. При планировании их учитывается функциональная мобильность сетчатки (повышение ее цветочувствительности в дневные часы и светочувствительности в утренние и вечерние часы).

Кроме специализированного плеопто - ортоптического лечения дети с косоглазием

и амблиопией получают общеоздоровительное лечение: в детских садах работают педиатр, физиотерапевт, логопед, психолог, массажист. Под наблюдением опытной медицинской сестры дети проходят курс закалывания в сауне, бассейне, спортивном зале, получают витаминизированные коктейли, массаж по показаниям.

Результаты лечения анализируются методом экспертной оценки.

Всего в 2002 году в специализированных группах детских садов пролечено 118 детей, из них с косоглазием – 74 ребенка, с аномалиями рефракции и амблиопией – 44 ребенка.

В результате лечебных мероприятий у всех детей значительно повысилась острота зрения амблиопичного глаза. Если до лечения с остротой зрения, ниже 0,1 были 12% детей, то после лечения – 3%. С остротой зрения 0,1 – 0,4 – было до лечения 62,2%, то после лечения осталось только 6,7% детей. С относительно хорошей остротой зрения до лечения было 25,8% детей, а после лечения, острота зрения 0,7 – 1,0 – достигнута у 83,5% детей. Конечной целью лечения содружественного косоглазия является ортофоричное положение глаз и выработка бинокулярного зрения. При аккомодационном косоглазии постоянное ношение очков и аппаратное лечение способствовали излечению косоглазия в 41,4% случаев.

Необходимость введения хирургического этапа в комплексном лечении возникает в случае неаккомодационного косоглазия, когда постоянное и достаточно длительное (не менее года) ношение правильно назначенных очков и ортоптические упражнения не приводят к устранению девиации. Неаккомодационное косоглазие путем оперативного лечения чаще устранялось в группах детей возраста 5 – 7 лет, реже в младшей возрастной группе – 3 – 4 года.

Всего в 2002 году в офтальмологическом отделении областной детской больницы с неаккомодационным косоглазием прооперировано 12 детей.

Необходимость лечения детей с косоглазием и амблиопией еще в дошкольном возрасте, диктуется тем, что в этом периоде лечение более эффективно и подтверждено хорошими показателями в специализированных группах детских садов.

Литература

1. Абрамов В.Т. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности. М. – 1993. – С. 259-288.
2. Аветисов Э.С. Охрана зрения детей. М. – 1975. – С. 178-188.
3. Методические рекомендации по организации лечения детей с косоглазием и амблиопией в специализированных дошкольных учреждениях. МЗ СССР. М. – 1978. – 28 с.

ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Иванов В.П.

кафедра хирургических болезней,
курс оториноларингологии медицинского факультета БелГУ

Ринит – одно из самых распространенных заболеваний человека. Существует множество форм ринита, которые с трудом укладываются в приемлемую классификацию. Одной из форм хронического ринита является вазомоторный ринит. По мнению большинства исследователей (3, 4, 7), хронический вазомоторный ринит включает в себя две фор-

мы – аллергическую и нейровегетативную. Если для аллергической формы обязательны аллергические реакции, сенсибилизация и аутоенсибилизация, то в нейровегетативную форму вкладывают все остальные возможные причины, которые вызывают изменения венозного тонуса полости носа.