

3. Школьников, М. А. Сердечные аритмии и спорт – грань риска / М. А. Школьников // Рос. Вестн. Перинатологии и педиатрии. – 2010. – № 2. – С. 4–12.

ЛЕЧЕНИЕ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

***Солодовникова Н. Г., Ильина С. Н., Кринец Ж. М.,
Ломаник И. Ф.****

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

г. Гродно, Беларусь

Введение. По оценкам ВОЗ, 1,4 миллиона детей в мире в возрасте до 15 лет являются слепыми. Каждую секунду в мире по разным причинам слепнет один ребенок, но, по мнению экспертов ВОЗ, детская слепота в 40% случаев может быть предотвращена. Одной из наиболее актуальных проблем детской офтальмологии остается содружественное косоглазие, которое встречается у 2-3,5% детей. Причинами содружественного косоглазия наиболее часто являются аномалии рефракции, которые лидируют в структуре инвалидности по зрению у детей. Косоглазие сопровождается снижением зрения одного или обоих глаз, нарушением правильных взаимоотношений конвергенции и аккомодации, что часто сочетается с паретическим состоянием одной или нескольких наружных глазодвигательных мышц. Данная патология приводит к нарушению бинокулярного зрения, отрицательно сказывается на психике, формировании характера у детей, ограничивает выбор будущей профессии, является большим функциональным недостатком [1]. Эффективность лечения косоглазия во многом зависит от ранней диагностики патологии рефракции, диагностирования амблиопии и ранних сроках их правильной коррекции.

Объект и методы исследования. Проведен анализ данных отчета главного внештатного детского офтальмолога Гродненской области за 2014 г. И анализ контрольных карт диспансерного наблюдения 52 детей (104 глаза) с диагнозом содружественное косоглазие на базе УЗ «Гродненская детская поликлиника №1».

Всего среди пациентов мальчиков было 36 (69,2%, 72 глаза), девочек – 16 (30,8%, 32 глаза). Возраст на момент выявления косоглазия составил: до года – 5 чел. (9,6%), от 1 года до 2 лет – 22 (42,3%), от 3 до 4 лет – 19 чел. (36,5%), от 4 лет и более – 6 пациентов (11,6%).

Оценивались следующие параметры: острота зрения, клиническая рефракция, наличие амблиопии, угол косоглазия (девиации), вид содружественного косоглазия.

Всем пациентам проводились стандартные методы исследования: визометрия по таблицам Орловой или Сивцева-Головина, скиаскопия в условиях циклоплегии, определение угла девиации по Гиршбергу, определение характера зрения, фиксации.

Комплекс лечебных мероприятий включал: очковую коррекцию, прямую окклюзию, занятия на синоптофоре, засветы на амблиостимуляторе «Аист».

Результаты и их обсуждение. По данным отчета, в Гродненской области на 2014 г. На диспансерном учете с диагнозом косоглазие состояли 688 детей, что составило 14,4% от всех детей с офтальмопатологией.

По данным анализа контрольных карт диспансерного наблюдения 52 детей (104 глаза) с диагнозом содружественное косоглазие на базе УЗ «Гродненская детская поликлиника №1», острота зрения на момент диагностирования косоглазия составила: 0,7-1,0 – 33 глаза (42,3%), 0,4-0,6 – 27 глаз (34,6%), 0,1- 0,3 – 10 глаз (12,8 %), 0,01-0,1 – 8 глаз (10,3%).

Патология рефракции была выявлена в 100% случаев. Гиперметропия слабой степени (до 2,0Д) диагностирована на 34 глазах (32,7%), гиперметропия средней степени (до 5,0Д) выявлена на 48 глазах (46,1%), гиперметропия высокой степени (более 5,0Д) – 18 глаз (17,3%). Миопия была выявлена на 4 глазах (3,84%). Гиперметропия сочеталась с астигматизмом у 15 чел. (28,85%).

Монокулярная амблиопия функционального характера (снижение остроты зрения при отсутствии органических поражений) выявлена на 18 глазах (23,1%).

Косоглазие сходящееся диагностировано на 98 глазах (94,2%), расходящееся – 6 глаз (5,8%).

Альтернирующее косоглазие, при котором наблюдается попеременное отклонение глазных яблок, выявлено у 36 детей

(69,2%), монолатеральное (постоянное отклонение от правильного положения одного глазного яблока) – 16 чел. (30,8%).

Аккомодационный тип косоглазия был выявлен на 62 глазах (59,6%).

При первичном обращении к офтальмологу с жалобой родителей на наличие косоглазия, угол девиации до 10^0 – 18 глаз (17,3%), 10-20⁰ – 66 глаз (63,5%), 25-30⁰ – 20 глаз (19,2%).

В процессе динамического наблюдения и амбулаторного лечения функциональные показатели визометрии изменились следующим образом:

0,7-1,0 – 33 глаза (75%), 0,4-0,6 – 8 глаз (18,2%), 0,1-0,3 – 2 глаза (4,5%), 0,01-0,1 – 1 глаз (2,3%). Низкая острота зрения 0,01 – 0,3 сохранилась в 6,8% случаев (в начале лечения 23,1%).

Угол девиации до 10^0 сохранился у 6 пациентов (11,5%), 10-20⁰ – 32 (61,5%), 20-25⁰ – 8 чел. (15,4%), 6 пациентов (11,5%) были прооперированы.

Лечение содружественного косоглазия с восстановлением нормальных зрительных функций должно иметь строгую последовательность. При гиперметропии высокой степени возникает постоянное напряжение аккомодации, что вызывает усиление конвергенции, поэтому уже в 6 месячном возрасте может развиваться содружественное косоглазие и амблиопия. Основным мероприятием в лечении косоглазия с патологией рефракции, анизометропией и амблиопией является назначение детям правильной очковой коррекции. Назначение очков преследует несколько целей: коррекция аномалий рефракции, повышение остроты зрения, регулирование взаимоотношения аккомодации и конвергенции, развитие и восстановление бинокулярного зрения. При содружественном сходящемся косоглазии с гиперметропической рефракцией должна назначаться полная коррекция для максимального освобождения от напряжения аккомодации. При исследовании амбулаторных карт пациентов с содружественным косоглазием очковая коррекция проводилась 52 пациентам (100%). 17 пациентов (32,7%) имели недостаточную силу оптических стекол при гиперметропии средней и высокой степени.

Лечение амблиопии очковой коррекцией чаще недостаточно и требует назначения дополнительных лечебных мероприятий.

Лечение амблиопии проводилось назначением прямой окклюзии – выключением из акта зрения лучшего глаза для повышения остроты зрения отклоненного, хуже видящего глаза и проведением засветов. Прямая окклюзия была проведена на 38 глазах (36,5%), засветы проводились на 22 глазах (21%).

Острота зрения 0,3 и выше при косоглазии, которая имелаась или была достигнута в результате лечения амблиопии, являлась достаточной для развития одновременного, а затем и бинокулярного зрения. Восстановление бинокулярного зрения является конечной целью лечения содружественного косоглазия. Для восстановления бинокулярного зрения 16 (30,8%) пациентам были проведены курсы занятий на синоптофоре.

Выводы:

1. Содружественное косоглазие сочеталось с патологией рефракции в 100% случаев.
2. Косоглазие сопровождалось монокулярной функциональной амблиопией в 23,1% случаев, которая уменьшилась до 6,8% случаев в процессе лечения.
3. Угол девиации в 20-25° сохранился в процессе лечения в 15,4% случаев.
4. При отсутствии эффекта от ортоптического лечения при девиации в 20-30° для восстановления правильного положения глазных яблок требуется раннее хирургическое лечение для развития бинокулярного зрения и фузионных механизмов.

Литература:

1. Хватова, А. В. Состояние и перспективы развития детской офтальмологии / А. В. Хватова, Е. И. Сидоренко // Тезисы докладов VIII съезда офтальмологов России. – М., 2005. – С. 316-317.

СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Солодовникова Н. Г., Ильина С. Н., Кринец Ж. М., Логош С. М.,
Мармыш В. Г.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. Основными симптомами при заболеваниях слезоотводящей системы у новорожденных детей является