

Литература

1. Фурманчук, А.В. Первый опыт проведения термохимиотерапии в сочетании с лазерной коагуляцией сетчатки в лечении интраокулярной ретинобластомы в Республике Беларусь / А.В. Фурманчук, И.Н. Смирнов // Офтальмология. Вост. Европа. – 2012. – № 11. – С. 24.

ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ

*Кринец Ж.М., Ильина С.Н., Чернова И.И., Радушкевич И.Г.,
Леменовская П.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Проблемы со зрением выявляются у одного ребёнка из двадцати дошкольников и у одного из четырёх школьников. Распространённость близорукости среди учащихся современных общеобразовательных учреждений высокая и находится в пределах 25-30%. В течение одиннадцати лет обучения в общеобразовательном учреждении происходит постепенное увеличение распространённости близорукости с 4,1-8,6% в первых классах до 46-52% в одиннадцатых. Ежегодно прирост детей с близорукостью составляет в среднем 5% [1]. Одной из причин развития и прогрессирования миопии в школьном возрасте (за исключением наследственной и врожденной миопии) является спазм аккомодации. Поэтому вопросы её ранней диагностики, лечения и особенно профилактики у учащихся представляют особую актуальность.

Цель исследования. Определить распространённость спазма аккомодации среди школьников, его клинические особенности, проанализировать результаты комплексного лечения.

Материалы и методы. Нами обследовано 127 детей с диагнозом спазм аккомодации, которые обратились к офтальмологу в детскую поликлинику № 1 г. Гродно с 2011 г. по 2012 г.

Пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, которое включало определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией, определение клинической рефракции путем скиаскопии в условиях циклоплегии после трехдневной инстилляцией 1% раствора сульфата атропина, биомикроскопию, офтальмоскопию, определение запаса относительной

аккомодации (ЗОА).

Результаты и обсуждение. У 127 (4,0% от общего количества обратившихся на прием в поликлинику) обследованных (55 мальчиков и 72 девочки) выявлен спазм аккомодации (СА): у 72 - нестойкий, у 37 - умеренно стойкий и у 18 - стойкий. С возрастом отмечалось увеличение доли умеренно стойкого и стойкого спазма аккомодации. Среди обследованных спазм аккомодации выявлен у 35 детей 7–11 лет (27,6%), среди них 24 девочки (18,9%) и 11 мальчиков (8,7%), 11–14 лет - у 84 детей (66,1%), среди них 43 девочки (33,8%) и 41 мальчик (32,3%), 14–17 лет - у 8 детей (6,3%), среди них 5 девочек (3,9%) и 3 мальчика (2,4%). У детей 11–14 лет частота спазма аккомодации резко возрастает. Наиболее высокий уровень СА среди девочек отмечается в возрасте 11–12 лет, а среди мальчиков - в возрасте 13–14 лет. Увеличение частоты СА совпадает с препубертатным периодом, а также с периодом полового созревания с наиболее интенсивным ростом и нейроэндокринными сдвигами в организме у детей. Именно в этом возрасте у школьников повышается зрительная нагрузка. Снижение остроты зрения при СА в 67,8% случаев сопровождалось астенопическими жалобами. При зрительной нагрузке школьники отмечали боль в глазах, в области лба и виска, головную боль, головокружение, раздражительность, быструю утомляемость. В 32,3% случаев нарушение аккомодации не сопровождалось клиническими признаками. В связи с этим для раннего выявления и лечения нарушений аккомодации профилактические осмотры детей школьного возраста имеют особое значение. При нестойком спазме аккомодации проводили оптическое и дистантное микрозатуманивание, «стеклянную атропинизацию» и дивергентную дезаккомодацию по А.И. Дашевскому. Назначали инстиллянии в оба глаза 1% раствора тропикамида на ночь. Амбулаторно проводили оптико-дистантное микрозатуманивание (10–12 занятий).

После лечения удалось добиться ослабления рефракции, повышения остроты зрения и ЗОА, исчезли астенопические жалобы. Поскольку развитию и усилению спазма аккомодации способствуют локальные и общие расстройства организма, все дети с этим нарушением были обследованы специалистами. Наиболее часто у школьников встречались анемии (87,2%),

эндемический зуб (70,2%), кариес (54,9%), астеновегетативный синдром (28,0%), хронический тонзиллит (24,8%), глистная инвазия (18,6%), аденоиды (15,7%) и другая соматическая патология (7,4%). Все школьники со спазмом аккомодации были взяты на диспансерный учет. После лечения для закрепления результатов при работе им рекомендовались положительные линзы 1,0 дптр, домашние тренировки с дырчатыми очками-тренажерами. Всем детям с сопутствующей патологией специалистами было назначено соответствующее лечение. Особое внимание уделялось общей санации организма (дегельминтизации, санации полости рта и носоглотки).

Одним из основных средств профилактики спазма аккомодации в детском и подростковом возрасте следует считать создание благоприятных условий для зрительной работы в школе. Учащиеся должны соблюдать режим труда и отдыха. Большое значение для предупреждения прогрессирования спазма аккомодации имеют благоприятные гигиенические условия - правильное и достаточное освещение, правильная посадка детей во время занятий. При жалобах на утомляемость глаз, нарушение зрения дети должны обследоваться офтальмологом.

Выводы.

1. Распространенность спазма аккомодации среди школьников составляет 4,0% от общего числа обследованных. Среди мальчиков спазм аккомодации встречается реже (43,3%), чем у девочек (56,7%).

2. С возрастом число детей со спазмом аккомодации увеличивается, особенно среди девочек. Наиболее часто у них он выявляется в 11-13 лет, у мальчиков – в 12-14.

3. Критериями эффективности лечения СА служат ослабление рефракции, повышение остроты зрения и ЗОА, исчезновение астенопических жалоб.

4. Спазм аккомодации является одной из причин развития и прогрессирования миопии у детей школьного возраста. В связи с этим большое значение имеют профилактические осмотры для раннего выявления и лечения нарушений аккомодации.

Литература

1. Ананин, В.Ф. Теоретические основы спазма аккомодации / В.Ф. Ананин // Офтальмол. журн. - 1991. - № 1. - С. 5-10.