

Таблица 1. - Частота (%) признаков ГЭРБ в подгруппах, обследованных в процессе лечения препаратом «Домстал-О»

| Клинические и эндоскопические признаки | Группа сравнения, n=29 | | Основная группа, n=30 | |
|--|------------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Клинические признаки | | | | |
| - изжога | 93,8 | 12,7 | 91,4 | 11,4 |
| - отрыжка | 59,4 | 10,2 | 62,9 | 8,6 |
| - вздутие в эпигастральной области | 81,3 | 12,8 | 80,0 | 11,4 |
| - дисфагия | 15,6 | 5,1 | 22,9 | 2,9 |
| Эндоскопические признаки: | | | | |
| - эзофагит 1 степени | 40,6 | 21,0 | 34,3 | 20,0 |
| - эзофагит 2 степени | 46,9 | 0,8 | 51,4 | 0,0 |
| - эзофагит 3 степени | 12,5 | 1,1 | 14,3 | 0,0 |

Выводы:

1. Применение препарата Домстал - О приводит к более быстрому и эффективному купированию симптомов рефлюксной болезни.

2. Позволяет использовать меньшие суточные дозы лекарственных средств.

3. Позволяет уменьшить число приемов лекарства больным и повысить их приверженность лечению.

4. Лучшая переносимость лечения.

Литература.

1. Гриневиц В.Б. Прокинетики в клинической практике // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. – 2003. - №6. – С.18-27.

2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции ЖКТ // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. -2007. №5 - с5-10.

3. Лапина Т.Л. Тактика лечения больных ГЭРБ. // Фарматека 2009, №3 - С 15-19.

4. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. ГЭРБ: новое решение старой проблемы // Consilium medicum. - 2009. - №8. – С.5-13.

5. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода, Москва, «Триада-Х», 2000. - 173с.

6. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г.. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, Москва, «Фармарус Принт», 2000. - С 12-26.

7. Трухманов Ф.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета, Москва, Болезни органов пищеварения, т.1 N 1, 1999, - 19с.

8. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, Москва, Consilium-Medicum, т.2 N 7, 2000. - 7с.

9. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (МЭГРЕ) // Эксперим. И гастроэнтерология. – 2009. Т.1. – С.4-13

УДК 617.753.1-053.2

ЧАСТОТА ДАЛЬНОЗОРКОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЕЙ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ

Ю.М. Семенова, Л.П. Боровикова

Государственный медицинский университет г. Семей, «Учреждение Офтальмохирургия» г. Семей

Ключевые слова: дальновзоркость, амблиопия, косоглазие, слабовидение, профилактика.

Введение. Дальновзоркость – частая аномалия рефракции у детей, встречающихся по данным различных авторов у 6 – 18,4% детского населения (1-5). Согласно данным казахстанских авторов у (6) в структуре врожденных заболеваний глаз первое место принадлежит аномалиям рефракции, второе – патологии глазодвигательного аппарата, третье – патологии слезоотводящих путей. Среди аномалий рефракции лидирует дальновзоркость, которая в 70% случаев сопровождается амблиопией.

Как правило, недостаток зрения, связанный с дальновзоркостью и дальновзорким астигматизмом, успешно устраняется посредством ношения очков. Однако, в случае средней и высокой дальновзоркости, особенно односторонней, острота зрения продолжает оставаться низкой, несмотря на проводимую коррекцию. Проблема реабилитации таких детей продолжает оставаться актуальной, так как слабовидение ведет к ограничению занятиями спортом и физической культурой, создает трудности в овладении трудовыми навыками и будущей профессией. (7).

Цель исследования. Изучение частоты дальновзоркости и связанных с ней заболеваний глаз среди детского населения города Семей.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили амбулаторные карты детей, обратившихся за консультативной помощью в поликлинику «Учреждения Офтальмохирургии» Семей в ноябре 2009 года. Осмотр детей включал в себя визометрию, субъективную и объективную рефрактометрию, биомикроскопию, обратную офтальмоскопию.

Результаты и обсуждение. Всего было осмотрено 577 детей, из которых дальновзоркость была выявлена у 97 детей (194 глаза) – 16,8%. Большинство детей (69 человек – 71%) были городскими жителями, мальчики и девочки встречались примерно одинаково часто (46% и 54%). Возраст детей колебался в следующих пределах: 3-6 лет – 36 детей (37%), 7-10 лет – 29 детей (29%), 11-14 лет – 17 детей (17%), 15-18 лет – 15 детей (15%).

Исследования остроты зрения показало, что амблиопия различных степеней наблюдалась практически у всех детей (таблица №1).

Как следует из таблицы, амблиопия различных степеней встречалась в 73% случаев (142 глаза). При этом преобладали низкая и средняя степени (58%). У 7 детей наблюдалась односторонняя дисбинокулярная амблиопия.

Объективная рефрактометрия определила степени дальновзоркости у детей (таблица №2).

Таблица №1. - Распределение осмотренных детей по степени амблиопии.

| Степень амблиопии | Количество глаз | % |
|-----------------------------|-----------------|------|
| Низкая | 71 | 36 |
| Средняя | 43 | 22 |
| Высокая | 24 | 12,3 |
| Очень высокая | 4 | 2 |
| Нормальная острота зрения | 20 | 10 |
| Не определялась по возрасту | 32 | 16,4 |
| Всего | 194 | 100 |

Таблица №2. - Распределение осмотренных детей по степени дальнозоркости.

| Степени дальнозоркости | Количество глаз | % |
|------------------------|-----------------|------|
| Слабая (до 3,0Д) | 122 | 62 |
| Средняя (3,25-6,0) | 52 | 26 |
| Высокая (6,25 и выше) | 20 | 10,3 |
| Всего | 194 | 100 |

Таблица №3. - Распределение детей по остроте зрения до и после плеоптического лечения

| Острота зрения | До лечения | | После лечения | |
|-----------------------------|-------------|------|---------------|-----|
| | Кол-во глаз | % | Кол-во глаз | % |
| 0,04 и ниже | 4 | 2 | 3 | 1,5 |
| 0,05-0,1 | 24 | 12,3 | 1 | 0,5 |
| 0,2-0,3 | 43 | 22 | 12 | 6,1 |
| 0,4-0,8 | 71 | 36 | 94 | 48 |
| 0,9-1,0 | 20 | 10 | 56 | 28 |
| Не определялась по возрасту | 32 | 16,4 | 28 | 14 |
| Всего | 194 | 100 | 194 | 100 |

Из 7 детей с односторонней амблиопией повысилась острота зрения у всех за исключением 1 ребенка, у которого во время курса лечения случилась закрытая черепно-мозговая травма.

Девять детей (9,3%) с дальнозоркостью высокой степени длительное время не наблюдались, очки не носили. Проведенное лечение позволило повысить их остроту зрения до 0,2-0,3.

Плеоптическое лечение проводилось амбулаторное у 180 детей, остальные лечились стационарно, включая 3 детей, которым проводилась биостимуляция. Оперативное лечение позволило повысить остроту зрения на 0,1-0,3.

Выводы. Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. В общей структуре дальнозоркости преобладают ее слабая и средняя степени (62% и 26% соответственно). Дальнозоркость высокой степени встречается значительно реже (10% детей).

2. В значительном проценте случаев (73) дальнозоркость сопровождается амблиопией, в том числе высокой (12,3%) и очень высокой (2%) степеней.

3. Проведение плеоптического лечения позволяет значительно улучшить остроту зрения детей с амблиопией, уменьшая процент средней, высокой и очень высокой степеней.

Исследования рефракции выявило, что чаще встречались слабая и средняя степени дальнозоркости (88%). У 17 детей (34 глаза) дальнозоркость выявлена впервые.

Сопутствующей патологией, выявленной у осмотренных детей, были: дальнозоркий астигматизм (40 детей – 41%), сходящееся косоглазие (16 детей – 16,4%), расходящееся косоглазие (12 детей – 12,3%), спазм аккомодации (5 детей 5%).

Все дети получили лечение согласно выявленным изменениям: плеоптическое (при наличии амблиопии), ортоптическое (при выявлении косоглазия), хирургическое (операции на глазодвигательных мышцах, биостимуляция) – по показаниям.

Анализ результатов плеоптического лечения показал, что острота зрения повысилась почти у всех детей, встречаемость низкой степени амблиопии увеличилась, а средней и высокой – уменьшилась. Результаты плеоптического лечения представлены в таблице №3.

4. Профилактикой рефракционной амблиопии при дальнозоркости служит своевременная, полная, постоянная коррекция очками и плеоптическое лечение, проводимое по показаниям.

Литература:

1. Розенблюм Ю.З. Оптометрия. Санкт-Петербург. - 1996г.
2. Ботабекова Т.К., Крамаренко Ю.С. Состояние здоровья населения и приоритетные направления развития офтальмологической службы Республики Казахстан. Офтальмологический журнал Казахстана. – 2002.- №2-3.-С.3-5.
3. Аубакирова А.Ж. с соавторами. Частота и профилактика заболеваемости глаз у детей. Офтальмологический журнал Казахстана. 2004г. № 2. С. 3-7.
4. Д. Тейлор. К. Хойт. Детская офтальмология. – М.2007г.
5. Hugh. R. Taylor. Refractive errors magnitude of the need. Community Eye Health Journal №33.2000.
6. Аубакирова А.Ж. Врожденные заболевания глаз у детей в Казахстане. Алматы. – 1998г.-270с.
7. Аветисов Э.С. Руководство по детской офтальмологии.-М., 1987.-136с.

Prevalence of hyperopia and associated ocular disorders in childhood population of Semey Yu.M. Semenova, L.P. Borovikova

The study showed that hyperopia was the commonest refractive error in children. Low and moderate grades of hyperopia are most common while high grade is relatively rare. Amblyopia is frequently associated disorder (seen in 73% of cases). However, it could be entirely prevented by annual school screening for refractive errors with subsequent spectacles corrections and pleoptic treatment.

Семей қаласының балаларында гиперметропияның және оған жанаспалы көз ауруларының жиілігі Ю.М. Семенова, Л.П. Боровикова

Балаларда жиі гиперметропияның әлсіз және орташа, сирек жоғары дәрежесі кездеседі. Көп жағдайда (73%) гиперметропияның түрлі дәрежелері амблиопиямен қатар өтеді. Амблиопиялардың алдын алуға болады, егер балаларды дер кезінде медициналық байқаулардан өткізіп, қажет жағдайдарда көз әйнегін тағайындап, плеоптикалық ем жүргізсе.