

музыкой, шитьем ведут малоподвижный образ жизни.

Как показывает анализ структуры близорукости, при лечении детей со слабой степенью миопии следует проводить лечебнопрофилактические мероприятия, задерживающие её развитие и прогрессирование, изучение её интенсивности по возрастам указывает на необходимость начала профилактической работе уже с 1-го класса. При выборе тактики профилактических мероприятий особое внимание должно уделяться общесоматическому оздоровлению детей и подростков.

Выводы мальчиков она встречается 42.0%, среди

Распространённость миопии среди школьников должно проводиться полноценное своевременное и составляет 5,1%, причём среди девочек-у 58,0%.

девочек-у 58,0%.

Миопия развивается преимущественно в раннем и среднем школьном возрасте. С возрастом число близоруких школьников, особенно девочек увеличивается. поэтому детям 6-10 лет и подросткам следует уделять особое внимание.

Приводящие к задержке роста и развития организма общие заболевания, такие, как анемия, эндемический зоб кариес, астеновегетативный синдром, хронический тонзиллит, глистные инвазии, аденоиды усугубляет течение миопии. При выявлении сопутствующей патологии у детей с миопией

Литература:

1. Ковалевский Е.И. Дифференциально-диагностические признаки близорукости. В кн: Офтальмология. Избранные лекции. Москва 1996 57-92.
2. Юсупов А.А. Клинические особенности врожденной и ранней близорукости у детей дошкольного возраста.//Вести, офтальмол. 1993;1:13-14
3. Villartreal M.G. Olsson J., Abrahamson M. et al Myopisation: the refractive tendency in teenagers. Prevalence of myopia among young teenagers in Sweden. Acta Ophthalmol Scand. 2000 Apr. 78(2); 177-81
4. Zhan M.Z. Saw S.M., Hond R.Z. et al Refractive errors in Singapore and Xiamen, China - a comparative study in school children aged 6 to 7 years. Optom Vis Sci 2000; Jun 77 (6): 302-308.

Икрамов А.Ф.,
Мамаходжаева Г.Н.

ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА /АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Андижанский государственный медицинский институт

Одной из причин развития и прогрессирования миопии в школьном возрасте (за исключением наследственной и врожденной миопии) является спазм аккомодации. Поэтому вопросы ее ранней диагностики, лечения и особенно профилактики у учащихся представляют особую актуальность.

При утомлении вследствие более выраженного свойства гладких мышц по сравнению с поперечнополосатыми, мышца переходит в состояние длительного, но ослабленного тетануса, цилиарная мышца легко спазмируется приводя к нестойким, полустойким, а затем к стойким спазмам аккомодации (Дашевский А.И., 1988)

Многие учащиеся при работе вблизи низко наклоняют голову, в итоге аккомодационный аппарат обоих глаз устойчиво перенапрягается, что сопровождается спастическим сокращением цилиарной мышцы и усилением клинической рефракции глаза [1-5].

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

Материалы и методы. Нами в течение 1999-2000 гг. изучена эпидемиология глазных заболеваний у 6027 детей (2839 девочек и 3188 мальчиков) 6-17 лет, учащихся семи общеобразовательных школ и одной гимназии Андижана. Комплексное офтальмологическое

обследование включало: определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией; клинической рефракции путем скиаскопии в условиях циклоплегии после трехдневной инстиляции 1% раствора сульфата атропина; биомикроскопию на щелевой лампе «Karl Zeiss Jena» для оценки оптических сред глазного яблока в состоянии медикаментозного мидриаза; офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза, методами прямой и обратной офтальмоскопии; определение запаса относительной аккомодации (ЗОА) по методике Э.С.

Аветисова; диагностику спазма аккомодации (.вид и степень) с помощью дивергентной дезаккомодации и оптического микрозатуманивания по А.И. Дашевскому; определение остаточного резерва аккомодации (проба Р.С. Зильбермена); прогностическую пробу Э.С. Аветисова, тонометрию грузом массой 10 г по Маклакову под местной анестезией 2% раствором лидокаина.

Результаты и обсуждение. Глазные заболевания установлены у 1242 (20,6%) школьников. У 242 (4%) обследованных (105 мальчиков и 137 девочек) выявлен спазм

аккомодации: у 136 нестойкий, у 73 умеренно стойкий и у 33 стойкий. С возрастом отмечается увеличение доли умеренно стойкого и стойкого спазма аккомодации. Так, среди школьников 6-10 лет нестойкий спазм аккомодации выявлен у 62 (72,94%) умеренно стойкий - у 20 (23, 52%) стойкий - у 3 (3,52%), в возрасте 11-14 лет соответственно - у 72 (52,94%), 43 (31,61%) и 21 (15,44%), в 15-16 лет - у 2 (9,5%), 10 (46,61%) и 9 (42,85%). Как видно из таблицы 1 с увеличением возраста обследованных частота выявления С А увеличивается.

Таблица 1

Частота спазма аккомодации и возраст				
Возраст, лет	мальчики	девочки	всего	
6	2(1,9)	5 (3,64)	7 (2,9)	
7	5 (4,8)	8(5,83)	13(5,4)	
8	5 (4,8)	13 (9,5)	18(7,43)	
9	10(9,5)	13 (9,5)	23 (9,5)	
10	9 (8,6)	15 (10,94)	24 (9,9)	
11	12(11,4)	17(12,4)	29(12,0)	
12	14(13,3)	19(13,9)	33 (13,63)	
13	21 (20,0)	25 (18,24)	46(19,0)	
14	14(13,3)	14 (10,2)	28 (11,57)	
15	8 (7,6)	5 (3,64)	13 (5,37)	
16	5 (4,8)	3 (2,2)	8 (3,3)	
Всего	105 (100)	137 (100)	242 (100)	

В скобках указан процент

Среди обследованных 6-10 лет спазм аккомодации выявлен у 85 (2,9%) из 2923 детей, 11-14 лет - у 136 (5,6%) из 2424, 15-17 лет - у 21 (3,0%) из 680. У детей 11-14 лет частота спазма аккомодации резко возрастает. Наиболее высокий уровень спазма аккомодации среди девочек отмечается в возрасте 11-12 лет, а среди мальчиков в возрасте 13-14 лет.

Увеличение частоты СА совпадает с препубертантным периодом, а также с периодом полового созревания, т.е. с наиболее интенсивным ростом и нейроэндокринными сдвигами в организме у детей. Имеено в этом возрасте у школьников повышается зрительная нагрузка.

Снижение остроты зрения при СА в 67,8% случаев сопровождается астенопическими жалобами. При зрительной нагрузке школьники отмечают боль в глазах, в области лба, висках, головную боль, головокружение, потливость, плаксивость, раздражительность, быструю утомляемость. В 32,3% случаев нарушение аккомодации не сопровождается 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 (1973). Назначили инстилляцию в оба глаза 1% раствора мезатона на ночь. Амбулаторно проводили оптико-дистантное микрозатуманивание (12-14 занятий).

При умеренно стойком спазме аккомодации, наряду с лечением включали электрофорез 1% раствора мезатона и 0,5% платифиллина в соотношении 1:1 [3].

При стойком спазме аккомодации, наряду с оптикодистантным микрозатуманиванием, использовали комбинированный метод лечения по Р.Ж. Токуевой, Ю.Е. Батманову [4,5]. Перед назначением лечения измеряли внутриглазное давление грузом массой 10 г. По Маклакову под местной анестезией 2% раствором лидокаина (3 раза для исключения его стрессового подъема). До лечения средний уровень внутриглазного давления при стойком

спазме аккомодации был равен 21,2х0,8 мм. рт.ст., после лечения - 16,3±0,7. За 3 часа до сна в оба глаза инстиллировали 1% раствор мезатона, а за 30 мин - 0,5% раствор мидриадила и 0,25% раствор тимолола (с 10 минутным интервалом). Инстилляции проводили в течении 1 мес ежедневно, затем в течении 2 месяцев через день. В комплекс лечения включали электрофорез

раствора ношпы, а также массаж шеи (по 15-20 минут в течении 10 дней), который способствует стимуляции симпатической нервной системы, повышению тонуса цилиарной мышцы.

Как видно из таблицы 2 после лечения удалось добиться ослабления рефракции, повышения остроты зрения и ЗОА. исчезли астенопические жалобы.

Таблица 2

Изменение зрительных функций в процессе лечения спазма аккомодации						
Вид спазма	Миопия до лечения, дптр	Рефракция после лечения, дптр	Острота зрения До лечения	После лечения	ЗОА До лечения	После лечения
Нестойкий	0,75±0,07	Н-Н0,01 Ем	0,6±0,06	1,0±0,08	2,0±0,12	3,83±0,16
Умеренно стойкий	1,0±0,01	Н-0,75±0,17 Ем				
Стойкий	1,75±0,2	Ем				

Поскольку развитию и усилению спазма аккомодации способствует локальные и общие расстройства организма, все дети с этим нарушением были обследованы специалистами. Наиболее часто у школьников встречались анемии (87,2%), эндемический зоб (70,2%), кариес (54,9%), астеновегетативный синдром (28%), 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, нарушения зрения дети должны быть обследованы офтальмологом.

Выводы

1. Распространенность спазма аккомодации среди школьников Андижана составляет 4,0% от общего числа обследованных. Среди мальчиков спазм аккомодации встречается реже (43,4%), чем у девочек (56,6%).

2. С возрастом число детей со спазмом аккомодации увеличивается, особенно среди девочек. Наиболее часто у них он выявляется в 11-13 лет, а 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 // Офтальмологический журнал. - 1991. - №1. - С. 5-10.
2. Сомов Е.Е., Зудова Л.И. Иглорефлексотерапия в лечении спазма аккомодации // Офтальмологический журнал, - 1991'.-№1,-С. 25-27.
3. Сомов Е.Е., Никитина Т.Н. Привычно-избыточное напряжение аккомодации у детей. В кн.: Материалы II Евро-азиатской конференции по офтальмохирургии. Екатеринбург. 2000. - С 260.
4. Токуева Р.Ж., Батманов Ю.Е. Комбинированный метод лечения ложной близорукости и профилактики развития осевой миопии // Вестник офтальмологии. - 1998. - №6. - С 33-35.
5. Токуева Р.Ж., Батманов Ю.Е. Комплексный метод обследования детей с ложной близорукостью // Вестник офтальмологии, - 1999. - №4. - С, 14-16.