

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ОЗОРНИНА Я.В. — 2012

УДК: 617.758.1-06:617.753.2-089.844

ЛЕЧЕНИЕ АМБЛИОПИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Яна Валерьевна Озорнина

(Городская клиническая больница №8, гл. врач — Ж.В. Есева)

Резюме. Нарушение бинокулярного зрения и амблиопия занимают ведущее место в структуре офтальмопатологии у детей дошкольного и раннего школьного возраста. Результаты лечения данной патологии наиболее эффективны при совместном участии врачей поликлиник и стационаров (при наличии прямой и обратной связи), при проведении постоянной диспансеризации больных детей в условиях поликлиники (назначение и коррекция лечения, проведение консультативного приёма для родителей, постоянный врачебный контроль). Оснащение офтальмологического кабинета позволяет проводить аппаратное плеоптическое, ортоптическое, диплоптическое и физиотерапевтическое лечение. В результате проводимого лечения в исследуемой группе больных отмечается положительная динамика зрительных функций: в 2006 году основную массу составляли дети со средней (53%) и высокой (42%) степенью амблиопии, а в 2011 году со слабой степенью (45%). Для достижения более высоких результатов необходимо оборудование специализированных кабинетов и, в частности, оснащение их бинаримирами.

Ключевые слова: амблиопия, бинаример, поликлиника, дети.

AMBLYOPIA TREATMENT IN THE CONDITIONS OF POLICLINIC

Ya. V. Ozornina

(Irkutsk Municipal Clinical Hospital №8)

Summary. Violation of binocular vision and an amblyopia takes a leading place in ophthalmopathologic structure in children of preschool and early school age. The results of treatment of this pathology are most effective in joint participation of doctors of polyclinic and hospitals (in the presence of direct connection and feedback) in carrying out a constant medical examination of sick children in condition of polyclinic (indication and treatment correction, carrying out advisory reception for parents, continuous medical control). The equipment of an ophthalmologic office allows to carry out hardware pleoptic, orthoptic, diploptic and physiotherapeutic treatment. In the result of the treatment conducted in studied group of patients the positive dynamics of visual functions has been noted: in 2006 year the children with average (53%) and high (42%) degree of amblyopia prevailed, but in 2011 the children with weak degree (45%) were in majority. For achievement of better results it is necessary to equip specialized offices with all necessary equipment, particularly with bynarymeters.

Key words: amblyopia, bynarymeter, polyclinic, children.

Амблиопия — это одно из самых распространенных заболеваний у детей дошкольного и раннего школьного возраста, которое занимает ведущее место в структуре офтальмопатологии. Существует несколько видов амблиопий, и, соответственно, различные методы их лечения [1]. В условиях поликлиники детям проводится оптимальная коррекция остроты зрения, прямые и обратные окклюзии по схемам, пенализация по показаниям, занятия на синоптофоре, с призматическими стёклами, на макулотестере; в физиотерапевтическом кабинете детям проводится лазеростимуляция и электростимуляция, амплипульс, общие красные засветы [5].

Таким образом, в условиях поликлиники возможно проведение аппаратного, плеоптического, ортоптического, диплоптического и физиотерапевтического лечения.

Цель работы: исследование эффективности лечения амблиопий при различных заболеваниях у детей в условиях поликлиники, оценка роли бинаримера в формировании бинокулярного зрения и лечении амблиопий различного генеза.

Материалы и методы

В исследуемую группу вошли дети, стоявшие в 2006 году на диспансерном учете в поликлинике с диагнозом «Амблиопия», при различных заболеваниях: при гиперметропии (68), астигматизме (42), анизометропии (15), косоглазиях, сходящихся и расходящихся, неаккомодационных (18), частично-аккомодационных (32) и аккомодационных (51), с центральной и нецентральной фиксацией, а также после оперативного лечения по поводу катаракт (3). Исследование этим детям проводилось в динамике ежегодно, в статистический анализ

были включены только дети, которые не пропускали осмотров. Дети и их родители подписывали формы добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Всем пациентам проводилось диагностическое обследование по общепринятым методикам: определение остроты зрения с коррекцией и без коррекции, определение рефракции скиаскопически и на авторефрактометре (на узком зрачке и в условиях циклоплегии), проведение офтальмоскопии и офтальмобиомикроскопии, определение угла девиации по методу Гиршберга, характера зрения на четырёхточечном цветотесте, определение наличия или отсутствия бифовеального слияния на синоптофоре [6].

На первом этапе всем детям с амблиопией при центральной фиксации проводилось плеоптическое лечение и прямые окклюзии, при нецентральной фиксации — обратные окклюзии и лазеростимуляции [5]. На втором этапе при достижении остроты зрения амблиопичного глаза 0,4-0,5 проводились ортоптические упражнения на синоптофоре для развития бифовеального слияния, увеличения фузионных резервов и подвижности глаз. На третьем этапе после значительного уменьшения или оперативного устранения угла косоглазия (в Ивано-Матрёненской детской клинической больнице и Областной детской клинической больнице) проводились диплоптические упражнения с призмами, а также бинаримерическое лечение [3].

Методика лечения на бинаримере в условиях стационара, а также в условиях поликлиники, включает ряд последовательных этапов:

1. Активизация фузии: а) получение двоения;
- б) получение слияния двойных изображений.
2. Коррекция фузии: а) расширение амплитуды фузии;

Таблица 2

Абсолютные и относительные показатели эффективности зрительных функций по результатам лечения, чел. (%) (n=229)

Степень нарушения зрительных функций	Годы					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Острота зрения с коррекцией возрастная норма, бинокулярное зрение	0	14(6%)	33(14,4%)	43(18,8%)	52(22,7%)	64(27,9%)
Острота зрения 0,8-0,4 нет угла косоглазия, неустойчивое бинокулярное зрение	22(9,6%)	74(32,3%)	108(47%)	120(52,4%)	124(54%)	140(61%)
Острота зрения 0,3-0,2; дисбинокулярное зрение	110(48%)	87(37,9%)	62(27,1%)	53(23%)	38(16,6%)	18(7,9%)
Острота зрения 0,1-0,05	88(38,4%)	57(24,9%)	36(15,7%)	25(10,9%)	13(5,7%)	6(2,6%)
Острота зрения (амблиопия) с коррекцией меньше 0,05 с нецентральной фиксацией	9(3,9%)	7(3,1%)	5(2,2%)	3(1,3%)	2(0,9%)	1(0,4%)

б) получение устойчивого "мнимого" зрительно-го образа.

3. Коррекция библикации: а) развитие глубинного зрения;

б) развитие стереозрения[4].

Бинарметрия включает в себя комплекс диагностических исследований и тренировочных упражнений. Диагностические исследования позволяют выявить функциональные резервы и степень нарушения бинокулярного зрения, измерить и качественно оценить пространственные зрительные ощущения, прочность фузии и фузионных резервов. Выполнение комплекса тренировочных упражнений позволяет восстановить бинокулярную функцию не только плоскостное слияние, но и способность к глубинному восприятию [2].

Тактика лечения избирается в соответствии с типом сенсорной фузии и состоянием фузионных резервов. В результате выполнения всех этапов организуется новое взаимодействие зрительных, моторных и проприо-цептивных компонентов системы бинокулярного зрения, в результате которого формируется нормальное восприятие абсолютной и относительной удалённости объектов, их величины и трёхмерности, повышается бинокулярная и монокулярная острота зрения, и острота стереозрения. Механизмы фузии, библикации и настройки на резкость организуются в бинокулярную систему.

Одним из преимуществ метода бинарметрии является возможность проведения лечения в домашних условиях по разработанному методическим рекомендациям с обязательным врачебным контролем, что ещё раз подчёркивает необходимость приобретения бинарметра для каждого кабинета охраны зрения детей.

Статистическая обработка выполнялась с использованием критерия χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Таблица 1

Результаты плеоптического лечения в поликлинике за исследуемый период с 2006 по 2011 год, чел. (n=229)

Годы	Острота зрения амблиопичного глаза								
	0,09 и ниже	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8 и выше
2006	15	84	62	45	10	8	4	1	0
2007	11	53	45	39	24	15	20	18	4
2008	8	33	30	32	36	17	28	27	18
2009	6	22	27	26	22	19	33	36	38
2010	4	11	18	20	16	25	38	45	52
2011	2	5	10	8	14	32	46	52	60

Результаты и обсуждения

На начальный период детей страдающих амблиопией при гиперметропии было 68, при астигматизме — 42, при анизометропии — 18, при различных видах косоглазия — 101 ($\chi^2=66,42$; $df=3$; $p<0,001$). Из них детей с трёх до пяти лет — 72, с шести до восьми лет — 88, с девяти до двенадцати — 69 ($\chi^2=2,73$; $df=2$; $p<0,001$); мальчиков — 98, девочек — 131 ($\chi^2=4,76$; $df=1$; $p<0,001$).

В первом случае полученное эмпирическое значение χ^2 больше критического, отсюда следует, что различия частот статистически значимы. Очевидно, что у детей заболевание "амблиопия" чаще встречается при косоглазиях, чем при любой другой нозологической форме, зависимости развития амблиопии от возраста и половой принадлежности не отмечено.

Оценивая общую эффективность лечения амблиопий у детей в условиях поликлиники за период с 2006 по 2011 год, отмечалась положительная динамика зрительных функций в результате лечения у исследуемой группы детей (229 человек).

В результате плеоптического лечения у 112 детей (49%) острота зрения амблиопичного глаза составила 0,7 и выше.

Показатель нарушения зрительных функций у исследуемой группы детей в 2006 году составлял: с высокой степенью амблиопии — 42%, со средней степенью амблиопии — 53%, со слабой степенью — 5%. В свою очередь в 2011 году показатель составил: с высокой степенью амблиопии — 3%, со средней степенью — 25%, со слабой — 45%, с остротой зрения "возрастная норма" — 27% ($\chi^2=119,44$; $df=3$; $p<0,001$).

По результатам проведенного лечения в поликлинике можно сделать вывод, что лечение детей с амблиопией требует большого терпения и упорства, как со стороны ребёнка, его родителей, так и со стороны врача-офтальмолога. В условиях поликлиники во время повседневного офтальмологического приёма практически невозможно проследить за ребёнком, получающим аппаратное лечение на синоптофоре или бинарметре. Кроме того, количество приглашаемых детей на лечение не превышает четырёх человек в день (пропускная способность офтальмологического кабинета в плане проведения лечебных процедур, а также занятий на аппаратах очень мала). Показатели эффективности лечения амблиопий напрямую зависят от условий, в которых проводится лечение. Таким образом, в целях повышения показателей эффективности лечения амблиопий необходимо открытие кабинетов "Охраны зрения детей" в каждой детской поликлинике, и как неотъемлемая часть этого введение бинарметра в практику амбулаторного лечения при поликлиниках. Также необходима организация систематического лечения в условиях достаточного технического оснащения и наличия обученного медицинского персонала. Необходима общедоступность специализированной медицинской помощи детям, адекватное лечение амблиопии в условиях поликлиники с участием стационаров под постоянным врачебным контролем по схеме: плеопто-ортопто-хирургортопто-диплоптическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие. — М.: Медицина, 1977. — С. 311-312.
2. Кащенко Т.П., Соловьева В.В., Рабичев И.Э. Исследование

бинокулярного зрения методом бинарметрии // Вестник офтальмологии. — 1988. — №4. — С. 51-54.

3. Пигассу-Альбуи Р. Нарушение бинокулярного зрения и

методы его восстановления // Сборник трудов по материалам международных симпозиумов. — М., 1980. — С. 35-39.

4. Соловьева В.В. Метод бинариметрии в диплоптическом лечении содружественного косоглазия: Автореф. дис.... канд. мед.наук. — М., 1988. — 23 с.

5. Ульданов В.Г., Шуко А.Г., Пьянков В.З. Лазерная физиотерапия и стимуляция в офтальмологии: Метод.рекомендации. — Иркутск, 1996. — 20 с.

6. Шаминаева А.М., Волков В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. — М.: Медицина, 1999. — 415 с.

Информация об авторе: Озорнина Яна Валерьевна — врач-офтальмолог, 664040, г.Иркутск, ул. Баумана, 206, ГКБ №8.

© ИВАНОВА О.Н., ГУЛЯЕВА Н.А. — 2012
УДК 616.345-008.87

НАБЛЮДЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ольга Николаевна Иванова, Надежда Андреевна Гуляева

(Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова, ректор — д.п.н., проф. Е.И. Михайлова, кафедра педиатрии и детской хирургии, зав. — д.м.н., доц. О.Н. Иванова, кафедра инфекционных болезней с курсом фтизиатрии, зав. — д.м.н., проф. З.Е. Линева)

Резюме. В статье описаны два клинических наблюдения тяжелой комбинированной иммунной недостаточности у детей в одной семье. Данное заболевание является редкой патологией, которую трудно диагностировать в первые месяцы жизни ребенка. Частые инфекции — самое распространенное проявление тотальной комбинированной иммунной недостаточности у детей первого года жизни. В условиях роддома диагноз тотальной комбинированной иммунной недостаточности не был поставлен и детям была введена вакцина БЦЖ. У обоих детей в дальнейшем развился туберкулез. В статье указываются абсолютные противопоказания для проведения вакцины БЦЖ в роддоме у новорожденного.

Ключевые слова: тотальная комбинированная иммунная недостаточность, иммунодефицит, вакцина, туберкулез, инфекции, лимфоциты, иммунитет, дети, иммунопатология, диагноз.

THE CASES OF THE SEVERE COMBINED IMMUNE INSUFFICIENCY IN CHILDREN

O. N. Ivanova, N. A. Guljaeva

(North-Vest Federal University name after M.K.Ammosov)

Summary. In paper devoted to two clinical cases of severe sufficiency of the combined immune insufficiency in children of one family. The given disease is a rare pathology which is difficult for diagnosing in the first months of a life of the child. Frequent infections — the most widespread display of the total combined immune insufficiency in children of the first year of life. In the conditions of maternity home the diagnosis of the total combined immune insufficiency has not been put, the children received vaccine BCG. In both children the tuberculosis further has developed. In the paper absolute contraindications for carrying out of vaccine BCG in maternity home in the newborns are indicated.

Key words: the total combined immune insufficiency, an immunodeficiency, a vaccine, a tuberculosis, infections, lymphocyte, immunity, children, immunopathology, the diagnosis.

Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность (ТКИН) — это редкий вид первичного иммунодефицита, сочетающий отсутствие функций Т- и В-лимфоцитов. Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность может быть вызвана многими различными генетическими нарушениями. Эти нарушения приводят к чрезвычайной чувствительности к тяжелым инфекциям. Это состояние считается самым тяжелым из всех первичных иммунодефицитов. ТКИН является редким смертельным синдромом, обусловленным различными генетическими факторами, и сочетающим отсутствие функций Т- и В-лимфоцитов (а во многих случаях, также отсутствие функции естественных киллеров или NK-лимфоцитов) [1,2,3,4]. Эти нарушения приводят к чрезвычайной чувствительности к тяжелым инфекциям. Частые инфекции — самое распространенное проявление ТКИН у детей первого года жизни. Инфекции у детей с ТКИН могут протекать гораздо тяжелее и даже угрожать жизни пациента; к ним относятся пневмония, менингит и инфекции крови. Широкое применение антибиотиков для лечения даже минимальных инфекций изменило характер проявлений ТКИН, в связи с чем врач, наблюдающий ребенка первого года жизни, должен обладать достаточной настороженностью, чтобы распознать это состояние. У детей первого года жизни с ТКИН инфекция возникает при контакте с микроорганизмами, и вакцинами, которые обычно не вредят детям) [1,2,3,4].

Поскольку вакцины, которые детям вводят для про-

филактики туберкулеза приготовлены из живых микобактерий туберкулеза, больные с ТКИН могут быть инфицированы ими при иммунизации. Если известно, что кто-то в семье ранее страдал или в настоящее время страдает ТКИН, новых детей этой семьи нельзя подвергать вакцинации до тех пор, пока у них не будет исключена ТКИН) [1,2,3,4].

Цель работы: представить случай редкой болезни первичного иммунодефицита в Якутии.

Приводим случай установленного диагноза тотальной комбинированной иммунной недостаточности у ребенка в раннем возрасте. Изучены амбулаторные карты, карты новорожденных и истории болезни детской туберкулезной больницы г.Якутска. В семье К. 13.04.2005 г. родилась девочка, в роддоме была сделана прививка БЦЖ, у ребенка развился гематогенно-диссеминированный туберкулез с поражением легких, левой ключицы, надпочечников, регионарных лимфоузлов. 17.05.2005 г. умерла в Перинатальном центре Республиканской больницы №1 Национального центра Медицины. По данному факту работала Комиссия МЗ РС (Я), которой было установлено, что причиной развития туберкулеза у ребенка послужила вакцинация БЦЖ на фоне первичного иммунодефицита.

Второй ребенок семьи (мальчик) родился в Перинатальном центре Республиканской больницы №1 Национального центра медицины. 05.09.2006 г. В истории родов имеется отметка о том, что первый ребенок умер от БЦЖ-ита и мама расписалась в отка-