

Субхангулова Д. Р.

**ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ**

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2008/11/46.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по данному вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2008. № 11 (18). С. 120-121. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2008/11/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Субхангулова Д. Р.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Проблемы, связанные с охраной зрения детского населения, являются, в настоящее время, одними из важнейших. Среди форм патологии, связанных с обучением, выделяется, в частности, так называемая «школьная близорукость», на развитие которой оказывает влияние нарушение санитарно-гигиенических условий и норм, увеличение объёма учебных нагрузок, компьютеризация классов и др. Также напрямую оказывают влияние на функции самого чувствительного органа – глаза и неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране, снижение уровня жизни населения и питания, витаминная недостаточность.

Современные методы коррекции аномалий рефракций подразделяются на три основных вида: очковая, контактная и хирургическая. В офтальмологической литературе достаточно широко обсуждаются преимущества применения каждого из этих видов у детей, но до настоящего времени не выработано единого мнения по данному вопросу.

Аномалии рефракции являются одними из основных причин зрительных расстройств у детей и подростков. Аметропии составляют до 6% в структуре инвалидности по зрению [Сидоренко с соавт. 2003: 121].

Применение очковой коррекции при аметропиях высокой степени и анизометропии у детей слабоэффективно и в большинстве случаев не позволит достигнуть остроты зрения, необходимой для полноценного развития и функционирования зрительного анализатора [Шмырева с соавт. 2004: 427].

Более приближенные к естественной величине изображения на сетчатке и сохранение полей зрения в сравнении с очковой представляет контактная коррекция зрения [Pittke, Thill 1997: 77].

Наиболее широкое распространение, в том числе и у детей, получила контактная коррекция миопии. Контактные линзы являются эффективным средством реабилитации детей с врождённой миопией и миопической анизометропией, осложнённой амблиопией и косоглазием.

А. Я. Голод [1998] сообщает, что наиболее высокие результаты лечения детей с амблиопией, вызванной миопической анизометропией, достигается ранней контактной коррекцией с последующим восстановительным лечением. Преимущество применения контактных линз связаны с уменьшением анизейконии, отсутствием призматического эффекта и получением более высокой остроты зрения, необходимой для восстановления бинокулярных функций у детей [Хрянченкова, Левина 2001: 548].

М. Т. Азнабаев с соавт. [1989] на основе применения малотравматичных бесшовных методов микрохирургического лечения врождённых катаракт назначали контактные линзы на 5-8-й день после операции. Использовались линзы 38% и 74% влагосодержания в режиме дневного ношения в течение 8-12 часов. Обучение родителей и их психологическая подготовка, тщательное соблюдение гигиены и режима использования мягких контактных линз (МКЛ) на фоне активного лечения амблиопии позволили достигнуть повышения остроты зрения у грудных детей с афакией.

Наиболее частой причиной отказа от использования контактной коррекции у детей с аметропиями высокой степени является непереносимость контактных линз. К термину «непереносимость» относятся ощущения быстрой утомляемости, периодическое слезотечение связанное с привыканием к линзам, резкое затуманивание зрения и другие субъективные ощущения. Также на непереносимость влияют социальные факторы, такие как: дороговизна линз и средства для ухода за ними, отсутствие времени у родителей на ежедневную процедуру надевания и снятия МКЛ с учётом тщательного соблюдения гигиены и режима использования.

Среди основных причин возникновения непереносимости к МКЛ относятся: неправильный подбор линз, нарушение режима их ношения и ухода за ними.

По мнению Н. Н. Александровой [1996], в группу риска по непереносимости МКЛ относятся лица с изменёнными эндотелиальными клетками, что также свидетельствует о важности отсутствия нарушения метаболизма клеток роговицы при применении контактных линз.

Список использованной литературы

1. Азнабаев М. Т., Бикбов М. М., Ширшов М. В. Эпикератофакция у детей с монокулярной катарактой // Всесоюз. конф. по актуальн. вопросам детской офтальмол.: Тезисы докл. - М., 1989. - С. 65-66.
2. Александрова Н. Н. Медико-организационные новации в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений // Российский медицинский журнал. - 2005. - № 6. - С. 5-6.
3. Голод А. Я., Собчук А. Б., Семенова Г. С., Ткачук В. М. Роль контактной коррекции зрения в комплексном лечении амблиопии при миопической анизометропии у детей // Всероссийск. конф. по актуальным вопросам детской офтальмол.: Тезисы докл. - М., 1998. - С. 276-277.
4. Сидоренко Е. И., Парамей О. В., Аверкиева Л. Н. Инвалидность по зрению детей Москвы: причины, структура, пути профилактики // Вестн. офтальмол. - 2003. - № 1. - С. 34-39.
5. Хрянченкова М. П., Левина Н. В. Реабилитация детей и подростков контактными линзами при аномалиях рефракции // Офтальмол. журн. - 2001. - № 8. - С. 455-458.
6. Шмырева В. Ф., Зянгирова Г. Г., Петров С. Ю. Анализ результатов, механизма действия и причин неэффективности неперфорирующей глубокой склерэктомии // Глаукома: проблемы и решения: Сб. науч. статей Всероссийской научно-практической конференции. - М., 2004. - С. 333-336.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

*Сумкина О. Б., Биджиева Ф. А., Гетман Н. В., Бобровский И. Н.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

По данным литературы состояние внутренних органов и систем организма имеют тесную рефлекторную связь с состоянием полости рта человеческого организма. Поэтому даже в начальной стадии развития патологического процесса на слизистой оболочке данной (ротовой) полости могут появляться соответствующие изменения. По данным официальной статистики более 68,2% пациентов, имеющих жалобы на неприятные ощущения в ротовой полости обращаются за медицинской помощью к узким специалистам, работающим в первичном звене системы здравоохранения (женские консультации, амбулатории, поликлиники). Именно по этому, специалисты первичного звена медико-санитарной помощи, а тем более, специалисты, работающие в условиях сельской местности, должны иметь представление о том, как отражаются на состоянии полости рта наиболее распространенные заболевания внутренних органов и систем.

Как известно, полость рта - начальный отдел пищеварительного тракта, следовательно, существует тесная анатомо-физиологическая взаимосвязь между слизистой оболочкой полости рта, с одной стороны, желудка и кишечника с другой. И именно поэтому, исходя из вышеуказанного тезиса, изменения в полости рта у больных с желудочно-кишечными заболеваниями носят весьма разнообразный характер. Так, больные хроническим гастритом в 78,6% случаев жалуются на извращение вкусовых ощущений и появление металлического привкуса во рту (63,24%).

В диагностировании данной патологии большое значение уделяется внешнему виду языка, который, как правило, обложен, увеличен в размере, имеет на боковых поверхностях отпечатки зубов. Спинка языка покрыта белесоватым налетом, на фоне которого видны участки десквамации эпителия. Подобная форма десквамативного глоссита развивается обычно в период обострения хронического гастрита и нередко (в 58,23% случаев) сопровождается явлениями парестезии в области корня и кончика языка.

Опрос и выявление характерных жалоб у пациентов, страдающих данной нозологической формой заболевания желудочно-кишечного тракта, свидетельствует о наличии кровоточивости десен при чистке зубов и приеме пищи, а также неприятный запах изо рта. При осмотре полости рта выявляется гиперемия десневого края, особенно в области фронтальных зубов, отечность десневых сосочков, скопление на зубах обильного налета. Описанные изменения обусловлены наличием гингивита, который у больных хроническим гастритом диагностируется в 92,68 % случаев.

Изменения в ротовой полости при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки сходны с таковыми при хроническом гастрите. При этих заболеваниях больные наиболее часто (в 78,30% случаев) жалуются на жжение и болезненность в языке, усиливающиеся к вечеру.

При заболеваниях пищеварительной системы наиболее распространенная патология слизистой оболочки полости рта - рецидивирующий афтозный стоматит, который особенно часто встречается у больных энтероколитом (в 65,21% случаев). Для афтозного стоматита характерно появление на слизистой оболочке полости рта афт-болезненных элементов диаметром 0,1-0,8 мм, покрытых фиброзным налетом. Афты существуют от 10 до 14 дней, периодичность их варьирует от 2-2,5 до 7-8 месяцев, но у некоторых больных (в 14,76% случаев) наблюдается перманентное течение заболевания, когда афты следуют одна за другой. После их эпителизации (в 98,24% случаев) остаются белесоватые рубцы.

Медикаментозное лечение рецидивирующего афтозного стоматита, протекающего на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, проводят одновременно с терапией основного заболевания, хотя в 80,67% случаев местные мероприятия в полости рта, при этом, носят симптоматический характер.

Различные патологические изменения в полости рта имеют значение и при проведении диагностических мероприятий при изучении и выявлении заболеваний печени и желчного пузыря. Для этих заболеваний характерны снижение чувствительности вкусового анализатора (в 89,52% случаев), в частности на сладкое и горькое при болезни Боткина; ощущение горечи (в 88,62% случаев) и появление специфического "печеночного запаха" изо рта (в 45,91% случаев); часто развиваются кровоточивость десен и различные формы гингивита (в 91,76% и 88,12% случаев соответственно).

Анализ изучения слизистой оболочки полости рта при вирусном гепатите свидетельствует о вовлечении в патологический процесс всей слизистой ротовой полости уже в продромальном периоде заболевания. В начале на ней появляются очаги гиперемии, позднее - желтушная окраска, главным образом в области твердого и мягкого неба, здесь же возникают сосудистые расстройства, проявляющиеся в виде геморрагий.

Для хронического гепатита характерно (в 96,27% случаев) чувство жжения, зуда и болезненности губ, языка и твердого неба.

Таким образом, проведенный анализ всех заболеваний желудочно-кишечного тракта свидетельствует о наличии характерных соответствующих «отраженных» изменениях слизистой оболочки полости рта.

Анализ имеющейся литературы позволил сделать вывод, о том, что и избыточная, и недостаточная