

34 мс, чем у детей 1-й группы ($p < 0,05$), что указывает на снижение подвижности нервных процессов у детей 2-й группы. Показатель среднеквадратичного отклонения в 1-й группе — $127,8 \pm 3,1$ мс, во 2-й группе — $155,5 \pm 2,2$ мс. Более стабильной скоростью сенсомоторной реакции была у детей 1-й группы (показатель среднеквадратичного отклонения у детей 2-й группы на 28 мс больше, чем у детей 1-й группы), что указывает на инертность нервных процессов у детей 2-й группы.

В 1-й группе среднее время реакции на движущийся объект — $-30 \pm 2,7$ мс, во 2-й группе — $41,1 \pm 3,1$ мс. Положительное значение среднегруппового показателя времени реакции на движущийся объект у детей 2-й группы является следствием преобладания тормозных процессов в центральной нервной системе (ЦНС) у большинства обследуемых. Отрицательное значение среднегруппового показателя времени реакции на движущийся объект у детей 1-й группы является свидетельством доминирующей реакции нервной системы в виде дисбаланса течения нервных процессов в сторону возбуждения в ответ на предложенную нагрузку.

Выводы

Сложные сенсомоторные реакции являются объективными критериями текущего функционального состояния ЦНС. Данный вид реакций помимо сенсорного и моторного периодов включает период относительно сложной обработки сенсорного сигнала ЦНС.

Наличие гетерофории у детей 2-й группы приводит к увеличению среднего времени реакции выбора и реакции различения на 48,6 и 34 мс соответственно ($p < 0,05$), в сравнение с группой детей с симметричным положением глазных яблок что указывает на снижение подвижности нервных процессов в группе детей с гетерофорией.

Положение глазных яблок в орбите имеет не только косметический дефект, но и приводит к снижению подвижности нервных процессов и преобладанию тормозных процессов в ЦНС у детей 2-й группы.

Время сенсомоторных реакций является одним из наиболее простых, доступных и в то же время достаточно точных нейрофизиологических показателей, отражающих динамику скорости нервных процессов и их переключения, моторную координацию и активность ЦНС у детей младшего школьного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гайлене, И. П.* Особенности выделения признаков воспринимаемых предметов детьми с нарушениями зрения / И. П. Гайлене // Дефектология. — 1990. — № 2. — С. 13–17.
2. *Рудакова, Л. В.* Психолого-педагогическое обоснование коррекционной работы по развитию зрительного восприятия детей с нарушениями зрения / Л. В. Рудакова // Реабилитационная работа со слепыми и слабовидящими. — Л.: ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1988. — С. 53–61.

УДК 617.713-002-053.2

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, СТРУКТУРЫ И ИСХОДОВ КЕРАТИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лебедева И. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Не менее 25 % всей глазной патологии приходится на долю заболеваний роговицы. Постоянное наличие микрофлоры в конъюнктивальной полости часто становится опасным даже при минимальной травме роговой оболочки. Характер и течение процесса

обусловлены видом микроорганизма, его вирулентностью. Герпетические кератиты — наиболее часто встречающаяся патология роговицы. Офтальмогерпес привлекает к себе внимание во всем мире ввиду особой тяжести и рецидивирующего течения. Что касается кератитов вызванных цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), сведения о них практически отсутствуют в офтальмологической литературе [1]. ЦМВИ — сложная для диагностики инфекция, вследствие разнообразия клинических проявлений; трудностей в дифференциации первичной, латентной, рецидивирующей инфекции; несоответствия выраженности клиники и состояния иммунного ответа [2].

Цель

Проанализировать госпитализированную заболеваемость кератитом у детей Гомельского региона по материалам детского отделения ГЦМХГ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, пролеченных в детском отделении ГЦМХГ за 2014–2018 гг. с диагнозом «острый кератит». Исследуемую группу составили 65 пациентов (77 глаз), из них 36 (55,4 %) мальчиков и 29 (44,6 %) девочек. Возраст пациентов от 9 месяцев до 15 лет (средний возраст $8,7 \pm 1,03$ лет). Пациенты получали лечение соответственно клинико-диагностическим стандартам. В лечении бактериальных кератитов преобладающим было использование препаратов в виде инстилляций глазных капель: флоксал, тобрекс, вигадекса. В лечении вирусных кератитов чаще использовались инстилляции офтальмоферона, мазь ацикловир или вирган. Из эпителизирующих средств — корнерегель, солкосерил. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы «Excel 2010» и «MedCalc» с расчетом средних величин и их ошибки ($M \pm m$), t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

За исследуемый период в общей структуре пролеченной патологии выявлено увеличение доли кератитов с 0,72 % в 2014 г., до 1,05 % в 2018 г.

Отмечено некоторое снижение случаев кератита у детей дошкольного возраста: в 2014 г. пациенты в возрасте до 5 лет составляли 31,25 % от общего количества детей госпитализированных с диагнозом острый кератит, в 2018 г. их количество снизилось до 18,75 %.

Из факторов, способствующих развитию кератитов, отмечены в порядке убывания частоты: ОРВИ — 10 (15,4 %), синуситы — 6 (9,2 %), хронические тонзиллиты — 5 (7,7 %), фарингиты — 2 (3,1 %), состояние после экстракции зуба — 2 (3,1 %).

Этиологическая структура кератитов имела следующий вид: вирусные кератиты — 29 (44,62 %) случаев; бактериальные — 20 (30,77 %) случаев; посттравматические — 11 (16,92 %) случаев; кератиты неясной этиологии — 5 (7,69 %) случаев.

По виду возбудителя вирусные кератиты распределились следующим образом (по данным ИФА): Herpes simplex virus — 12 (41,38 %), Herpes simplex virus + Cytomegalovirus — 9 (31,03 %), Cytomegalovirus — 6 (20,69 %), Herpes simplex virus + Toxoplasma gondii — 1 (3,45 %), Cytomegalovirus + Toxoplasma gondii — 1 (3,45 %).

За исследуемый период заметно возросла доля кератитов вирусной этиологии в общей структуре воспаления роговицы с 33 % в 2014 г., до 55 % в 2018 г.

Отмечен один случай кератита, спровоцированный ношением контактных линз (ортокератологические линзы).

По локализации очага: 23 (35,38 %) пациента с инфильтратом в оптической зоне роговицы, 19 (29,23 %) пациентов с расположением очага в параоптической зоне, 17 (26,15 %) пациентов с паралимбальным расположением, у 6 (9,23 %) пациентов имело место тотальное поражение роговицы.

Средняя некорригированная острота зрения при поступлении составляла $0,3 \pm 0,16$, корригированная — $0,42 \pm 0,12$ и колебалась от 0,1 до 0,9. По восстановлению остроты

зрения после лечения у 34 (52,31 %) пациентов острота зрения при выписке была равна 1.0; 25 (38,46 %) пациентов имели остроту зрения — от 0,5 до 0,9; у 6 (9,23 %) пациентов — от 0,4 до 0,1, ниже 0,1 нет. Помутнения роговицы различной степени, в исходе перенесенных кератитов, за исследуемый период отмечены в 9 (13,8 %) случаях. В структуре данной патологии преобладали помутнения в виде облачка. Имеющиеся помутнения не требовали хирургического лечения.

Выводы

1. За исследуемый период возросла доля кератитов в структуре пролеченной патологии на 0,33 %.
2. Количество случаев кератита у детей дошкольного возраста снизилось на 12,5 %.
3. Увеличилась доля кератитов вирусной этиологии с 33 % в 2014 г., до 55 % в 2018 г. Преобладают возбудители Herpes simplex virus — 41,38 %, и ассоциации Herpes simplex virus + Cytomegalovirus — 31,03 %.
4. Основными факторами, способствующими развитию кератитов, являются ОРВИ — 15,4 %, синуситы — 9,2 %, хронические тонзиллиты — 7,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, Е. А. Клинические лекции по офтальмологии / Е. А. Егоров, С. Н. Басинский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 67–69.
2. Бондаренко, А. Л. Цитомегаловирусная инфекция: учеб. пособие / А. Л. Бондаренко, Т. В. Егорова, Т. И. Калужских. — Киров: Кировская гос. мед. академия, 2011. — С. 72.

УДК 612.84:617.7-007.681-053.2

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМОЙ

Лукьянченко Т. С.

Научные руководители: к.м.н., доцент Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Врожденные заболевания глаз в настоящее время являются главной причиной слепоты и слабовидения у детей. Врожденная глаукома — это относительно редкое заболевание и, по данным литературы, составляет 0,01–0,04 % всей глазной патологии, однако удельный вес врожденной глаукомы среди причин слепоты — до 10 % [1]. Врожденная глаукома характеризуется своеобразными клиническими проявлениями, обусловленными возрастными особенностями глаза у детей. В основе этого заболевания лежат врожденные аномалии угла передней камеры и дренажной системы глаза, возникающие в результате задержки в развитии и дифференциации этих структур, и создающие препятствия оттоку внутриглазной жидкости или в значительной степени затрудняющие его, что приводит к повышению внутриглазного давления. У 60 % детей врожденная глаукома проявляется в первые 6 месяцев жизни, у 80 % — на первом году жизни. У 75 % детей заболевание двустороннее. Чаще болеют мальчики. Изучение клиники, патогенеза, этиологии, а также разработка методов ранней диагностики и лечения врожденной глаукомы является актуальной и важной проблемой офтальмологии [1, 2].

Цель

Изучить клиничко-функциональные особенности органа зрения у детей с врожденной глаукомой.