

вать развитие нефропатий. Следует отметить, что в г. Харькове заболеваемость детей нефропатиями выше, чем в среднем по Украине. В Богодухове число детей с заболеваниями почек также выше, чем в среднем по Украине, но меньше, чем в Харькове, что можно объяснить значительно меньшим накоплением металлов в организме.

#### **Выводы**

1. У детей, проживающих в г. Харькове и г. Богодухове, имеет место гипомикроэлементоз цинка.

2. У детей, проживающих в г. Харькове и г. Богодухове, выявлены гипермикроэлементозы Ni, Pb, коррелирующие со степенью техногенных загрязнений и с заболеваемостью нефропатиями.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А. П. Авцын [и др.]. — М.: Медицина, 1991. — 496 с.
2. Скальный, А. В. Микроэлементозы у детей: распространенность и пути коррекции: практ. пособие для врачей / А. В. Скальный, Г. В. Яцык, Н. Д. Одинаева. — М.: КМК, 2002. — 86 с.

**УДК 617.753.3(476.2)**

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО МИОПИЧЕСКОГО И ГИПЕРМИТРОПИЧЕСКОГО АСТИГМАТИЗМА ПО МАТЕРИАЛАМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ЖИВИЦА»**

**Боскина С. И.**

**Научный руководитель: к.м.н. Л. В. Дравица**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Астигматизм — аномалия рефракции, при которой в одном глазу сочетаются разные виды аметропии или различные степени одного вида аметропии. В основе развития астигматизма лежит неодинаковое преломление световых лучей в разных меридианах глаза, что связано с различиями в радиусе кривизны роговицы (реже хрусталика). На двух главных взаимно перпендикулярных меридианах наблюдается наиболее сильная и наименее слабая преломляющая способность. Вследствие этой особенности изображение на сетчатке всегда оказывается нечетким, искаженным. Как правило, причиной является аномалия строения глаза. Однако подобные изменения наблюдаются и после операций, ранений глаз, заболеваний роговицы. Пациенты предъявляют жалобы на снижение остроты зрения, быструю утомляемость глаз во время работы, головную боль, иногда — на видение предметов искривленными [1].

Коррекция аномалий рефракции у детей и подростков — одна из важных проблем детской офтальмологии. С нарушением рефракции связаны трудности адаптации ребенка к условиям социальной жизни (учеба, выбор будущей профессии, получение профессиональных навыков, служба в армии и т. д.). Аномалии рефракции могут играть отрицательную роль в формировании зрительных функций. Частота, степень амблиопии и ее устойчивость к лечению возрастают с увеличением степени астигматизма. Среди слабовидящих детей основной контингент составляют дети с аномалиями рефракции — 78,8 % [2].

#### **Цель**

Анализ результатов лечения пациентов с астигматизмом в офтальмологическом отделении Гомельского областного детского реабилитационного центра «Живица».

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 детей (100 глаз), находившихся на лечении в офтальмологическом отделении Гомельского областного детского реабили-

тационного центра «Живица» в 2012 году с диагнозом сложный миопический и гиперметропический астигматизм. Возраст детей колебался от 6 до 14 лет. Средний возраст составил  $10,2 \pm 3,8$  года. Были сформированы две группы идентичные по возрасту, полу и степени рефракции. Первая группа 14 детей (28 глаз) со сложным миопическим астигматизмом и вторая группа 17 детей (34 глаза) — сложный гиперметропический астигматизм.

**Дизайн офтальмологического обследования** включал визометрию с коррекцией и без коррекции, прямую и обратную офтальмоскопию, рефрактометрию, офтальмометрию, периметрию.

**Лечение** в обеих группах было идентично и состояло из подбора адекватной очковой коррекции, засветов на амблиостимуляторе АИСТ-01, прямой окклюзии, эндо-назального электрофореза с папаверином, гимнастики для глаз, лечебной физкультуры с учетом упражнений включающих зрительную гимнастику, массажа спины (по показаниям – при наличии сколеоза). Курс лечения составлял 21 день.

#### **Результаты исследования**

**В 1-й группе** у детей со сложным миопическим астигматизмом средняя некорригированная острота зрения до лечения составила  $0,47 \pm 0,09$ , корригированная острота зрения  $0,57 \pm 0,06$ .

После проведенного лечения средняя острота зрения без коррекции у детей со сложным миопическим астигматизмом составила  $0,66 \pm 0,04$ , корригированная острота зрения —  $0,7 \pm 0,03$ . В результате лечения получено улучшение некорригированной остроты зрения на  $0,19$  ( $p = 0,000013$ ), корригированной на  $0,13$  ( $p = 0,000002$ ). До лечения дети со сложным миопическим астигматизмом имели среднюю степень амблиопии, после однократного курса лечения перешли в группу слабой степени амблиопии.

**2-я группа** (сложный гиперметропический астигматизм) средняя некорригированная острота зрения до лечения составила  $0,49 \pm 0,01$ ; с коррекцией  $0,64 \pm 0,03$ . После лечения: средняя острота зрения без коррекции  $0,6 \pm 0,04$ ; с коррекцией  $0,77 \pm 0,03$ . Улучшение некорригированной остроты зрения получено на  $0,11$  ( $p = 0,000003$ ) корригированной на  $0,13$  ( $p = 0,000003$ ). В итоге у всех детей второй группы амблиопия средней степени перешла в амблиопию слабой степени.

После курса комплексной терапии произошло достоверное увеличение остроты зрения во всех группах.

#### **Выводы**

1. Правильно подобранная коррекция и проведенный курс консервативной терапии позволили достоверно улучшить исходную некорригированную остроту зрения на  $0,19$  у детей с миопической рефракцией и на  $0,11$  в группе детей с гиперметропической рефракцией, что позволило детям из амблиопии средней степени перейти в группу детей с амблиопией слабой степени.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шильников, Л. В. Глазные болезни / Л. В. Шильников. — М., 2006. — С. 125–126.
2. Шелудченко, В. М. Коррекция астигматизма высокой степени и астигматической анизометропии методом интрастромальной фотокератоамблиации у детей и подростков / В. М. Шелудченко, Л. В. Рыбинцева, В. В. Куренков // Вестник офтальмологии. — 2002. — № 4. — С. 18–21.

**УДК 616-053.2**

## **ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В ЗДОРОВЬЕ У ШКОЛЬНИКОВ Г. КУРСКА**

**Бочарникова Е. И., Денисова О. Ю.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор А. М. Черных**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**