

У здорових дітей 7-8 років у вихідному вегетативному тонусі переважають вагусні впливи на серцеву діяльність. У 10 років спостерігається перебудова регуляції і переважають симпатичні впливи на серце. В 12 років встановлюється баланс вегетативно іннервації серцевого ритму, а з 14 років знову домінують холінергічні впливи [6]. Відомо, що при підвищенні рівня ТТГ відбувається посилення тону симпатико-адреналової системи [7].

В більшості обстежених дітей однаковою мірою представлені симпатичний та парасимпатичний відділи вегетативно нервової системи. В усіх вікових групах переважає ейтонія (38,46 % у дівчат і 28,21 % у хлопців), симпатикотонія виявлялась у 20,61 % дітей. Тільки у 5,13 % хлопців II групи спостерігалась ваготонія.

У всіх вікових групах переважав нервовий шлях центрального стимулювання: у дівчат – 41,03 % – нервовий проти 17,95 % – гуморальний, у хлопців – 25,64 % – нервовий проти 15,38 % – гуморальний.

Оцінюючи за результатами КІГ адаптаційно-приспосовані механізми, відмічено більшою мірою напруження (38,46 % у дівчат та 17,95 % у хлопців) та меншою мірою зниження (23,08 % у дівчат і 15,38 % у хлопців) адаптаційних механізмів.

ВИСНОВКИ 1. Біоелектрична активність міокарда у дітей з ДЕЗ I ступеня характеризується порушеннями синусового ритму (52,17 %), змінами в міокарді метаболічного характеру (36,96 %) та блокадами право ніжки пучка Гіса (32,61 %).

2. Виявлено порушення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи: зниження – у 38,46 % дітей та помірне напруження – у 46,15 % дітей усіх вікових груп.

3. Виявлені зміни на ЕКГ у дітей з ДЕЗ I ступеня свідчать про необхідність постійного контролю за функціональним станом серцево-судинної системи для попередження формування у них вторинно кардіоміопатії.

Перспективи подальших досліджень. Виявлені зміни на ЕКГ свідчать про необхідність більш активного спостереження та поглибленого дослідження серцево-судинної системи дітей з дифузним ендемічним зобом I ступеня.

ЛІТЕРАТУРА

1. Концепція медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів із хронічною соматичною патологією / М.М. Коренев, Л.Ф. Богмат, С.Р. Толмачова, Є.А. Михайлова // ПАГ. – 2003. – № 6. – С. 37-40.
2. Макаров Л.М. ЕКГ в педіатрії. – М.: Медпрактика. – М., 2002. – 247 с.
3. Ніколаєва О.В. Електрокардіограма при різних варіантах синдрому вегетативних дисфункцій у дітей // ПАГ. – 2000. – № 2. – С.49.
4. Ошевєнський Л.В. Кардиоинтервалография (компьютерная программа и схема устройства): Методическое пособие / Л.В. Ошевєнський, Л.М. Кустов, Е.П. Лобкаєва, Т.И. Елисеєва // Нижний Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского. – 2005. – 11 с.
5. Прусакова А.В. Особенности состояния здоровья детей при диффузном увеличении щитовидной железы в условиях антропогенного загрязнения / А.В. Прусакова, Н.И. Майорова, В.М. Прусаков // Гигиена детей и подростков. – 2004. – № 2. – С. 40-43.
6. Сміян І.С. Діабетична кардіоміопатія у дітей / І.С. Сміян, В.Б. Фурдела. – Львів: Кінпатрі ЛТД, 2007. – 240 с.
7. Тарасова А.А. Особенности состояния сердца у детей при заболеваниях щитовидной железы [Електронний ресурс] / А.А. Тарасова // Вестник РНЦРР МЗ РФ. – № 7. – Режим доступу до журналу. http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v7/papers/taras_v7.htm
8. Характеристика біоелектричної активності серця у дітей з алергічними захворюваннями / С.М. Недельська, Т.Є. Шумна, І.В. Солодова та ін. // Современная педиатрия. – 2008. – № 5 (22). – С. 156-158.

УДК 617.7+615-004

Раззакова Р.Х.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ОЧНО ПАТОЛОГІ У ДІТЕЙ ТА Х ДИСПАНСЕРИЗАЦІ

Ургенський філіал Ташкентсько медично академі, м. Ургенч, Республіка Узбекистан

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ОЧНО ПАТОЛОГІ У ДІТЕЙ ТА Х ДИСПАНСЕРИЗАЦІ – Проаналізовано організацію медичної допомоги дітям з очними захворюваннями, стан медичної допомоги, перш за все, диспансеризації. Встановлено, що з кількості дітей, які пройшли медичний огляд, 22 % страждають від тієї або іншої патології очей. У 32,8 % виявлено запальні захворювання очей, у 22,8 % – аномалії рефракції і розладу аккомодаци, у 17,2 % – пошкодження очей різного характеру, у 12,2 % – косоглязкість і у 0,7 % – вроджену катаракту. За наслідками досліджень встановлено, що на диспансерному обліку в поліклініці перебувають діти, які страждають тільки від очних хвороб, а діти, що мають схильність до їх розвитку, – ні.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – Проанализирована организация медицинской помощи детям с глазными заболеваниями, состояние медицинской помощи, прежде всего диспансеризации. Установлено, что из числа детей прошедших медицинский осмотр, 22 % страдают той или иной патологией глаз. У 32,8 % выявлены воспалительные заболевания глаз, у 22,8 % аномалии рефракции и расстройства аккомодации, у 17,2 % повреждение глаз различного характера, у 12,2 % косоглазие и у 0,7 % врожденная катаракта. По результатам исследований установлено, что на диспансерном учете в поликлинике состоят дети, страдающие только глазными заболеваниями, а дети, имеющие предрасположенность к их развитию – нет.

DETECTIVE FEATURES OF OCULAR PATHOLOGY IN CHILDREN AND THEIR DISPENSARY – The organization of medical care for children with eye diseases, analyzed that the state of medical care, especially preventive medical

examination, was found that the number of children who passed a medical examination, 22 % suffer from pathology of the eye, 32,8 % identified inflammatory diseases of the eye, 22,8 % with refractive errors and accommodation disorders, 17,2 % damage to the eyes of various characters, 12,2 % and strabismus in 0,7 % congenital cataracts. The research indicated that the record of care in the clinic are children suffering from eye diseases, and children who are not predisposed to their development.

Ключові слова: дитячий вік, очні захворювання, диспансеризація.

Ключевые слова: детский возраст, глазные заболевания, диспансеризация.

Key words: children's age, eye diseases, clinical examination.

ВСТУП Постійне поліпшення санітарно-гігієнічних умов у школах і дошкільних установах республіки і проведення низки комплексних заходів щодо покращення здоров'я майбутнього покоління створюють реальні можливості масово профілактики очних захворювань, зокрема патології короткозорості, що часто зустрічається серед дітей [2, 3, 4].

Погіршенню зору найчастіше сприяє перехід дітей до режиму шкільного навчання. На даний час фізіологи, психологи прийшли до єдиної думки, що шкільний період викликає глибокі зрушення в організмі дітей. Під час вступу до школи організму дитини властива незавершеність роз-

витку центрально нервово системи, зорового і слухового аналізаторів, опорно-рухового апарату. У зв'язку з цим нерациональна організація навчально-виховного процесу в школі може стати причиною порушення нормального розвитку цих важливих для навчання органів і функціональних систем [1].

Для дослідження найбільш ефективних заходів профілактики функціональних розладів зору з урахуванням екзогенних і ендогенних чинників необхідний глибокий аналіз стану офтальмологічної служби.

Мета дослідження – проаналізувати організацію медичної допомоги дітям з очними захворюваннями, стан профілактичної роботи і, перш за все, диспансеризації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для вивчення особливостей виявлення очно патології серед дітей і подальшого спостереження за їх здоров'ям базами дослідження обрано 3 дитячі поліклініки м. Ургенча, в яких є лікарі офтальмологи.

Було вивчено звітні форми (Ф 12) "Звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, що проживають в районі обслуговування лікувально установи", а також карти розвитку дитини, проводилося опитування батьків, результати вносили в спеціальні розроблені анкети.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Результати обстеження дозволили зробити висновок, що охоплення дітей профілактичними медичними оглядами на виявлення очно патології неповне.

За даними поглибленого обстеження, з кількості оглянутих 22 % дітей страждають від тієї або іншої патології очей. Серед виявлено очно патології 32,8 % склали запальні захворювання очей, зокрема алергічного характеру, 22,8 % – аномалії рефракції і розладу акомодаци, 17,2 % – пошкодження очей різного характеру, 12,1 % – косоокість, у 0,7 % дітей була виявлена природжена катаракта, 14,4 % – інші хвороби очей.

Якщо серед дітей до 6 років частіше зустрічаються запальні захворювання очей (39,7 %), то серед дітей 7-14 років найчастіше реєструвалися аномалії рефракції і розладу акомодаци (37,2 %). Серед запальних захворювань очей найчастіше реєструвалися кон'юнктивіти (68,0 %), причому у дітей молодшого віку частіше реєструвалися кон'юнктивіти вірусно етіології, тоді як у дітей старшого віку в основному реєструвалися кон'юнктивіти алергічного етіології.

Із загального числа дітей з аномаліями рефракції і розладів акомодаци 68,2 % страждають від міопії різного ступеня, 22,7 % гіперметропії і 9,1 % – астигматизму.

Якщо гіперметропія знижується з віком (з 3,7 на 1000 дітей віком до 3 років, до 1,2 – віком 11-14 років), то міопія, навпаки, збільшується відповідно до віку дитини. Так, у дітей віком до 3 років при огляді було зареєстровано 0,3 випадку міопії на 1000 дітей даного віку, тоді як вже в дошкільному віці цей показник збільшився в 7,3 раза, в молодшому шкільному віці в 38,3 раза і в старшому шкільному віці в 54 рази, ніж у вищезгаданому віці.

З числа виявлених міопій у 67,8 % була міопія слабого ступеня, у 20,2 % – середнього і у 12 % – високого. Короткозорість частіше зустрічалася у дівчаток – 69,3 %, ніж у хлопчиків – 30,7 %. За нашими даними, короткозорість інтенсивно зростає серед школярів середнього (5-7) і старших класів (8-9). Проте, як відзначає ряд авторів [4, 5], і це підтверджується нашими даними, останніми роками спостерігається зрушення рівня короткозорості серед учнів молодших класів. Мабуть, це пов'язано з великими навантаженнями на дитину, нерегульоване проведення часу за комп'ютером, гри на стільникових телефонах, а також зниження імунітету дітей в даному віці через перенесені інфекційні і вірусні захворювання (вступ до школи, спілкування з широким колом дітей і т.д.).

Слід зазначити, що зниження зору у дітей відмічене не тільки через наявність аномалії рефракції, але й через

інші причини: пошкодження очей (17,2 %), косоокість (12,1 %), природжена катаракта (0,7 %) та інші хвороби очей (14,4 %).

Необхідно зазначити, що в дитячих відділеннях очних стаціонарів майже половину госпіталізованих складають хворі з пошкодженнями очей (48,2 %), з них близько 60 % припадає на тупі травми, 15 % – опіки і 25 % – поранення унаслідок ігор з піротехнікою. Основну частину дітей з різними пошкодженнями очей становлять діти шкільного віку (80 %), а решта – діти дошкільного віку. Найбільша кількість травм припадає на період канікул, особливо літніх і зимових, коли часто діти залишаються без нагляду.

На даний час, головна роль в проведенні диспансеризації належить лікарів загальної практики (ЛЗП). ЛЗП повинен знати фізіологічний стан органа зору, ранні симптоми прояву загальної патології дитячого організму, включно очну патологію. При виявленні або підозрі на очну патологію у дитини ЛЗП повинен направляти їх до офтальмолога відразу ж.

Дані медичних оглядів дітей необхідно вносити в історію розвитку дитини і враховувати при виділенні групи здоров'я, і при виявленні очно патології передавати офтальмологу. Основну оздоровчу роботу ЛЗП повинні проводити з дітьми із групи ризику, не чекаючи на появу амбліопії, косоокості або міопії. А дитина з патологією органа зору або з підвищеним ризиком при щорічній диспансеризації повинна спостерігатися і ЛЗП, і офтальмологом за індивідуальним планом.

За результатами наших досліджень було виявлено, що на диспансерному обліку в поліклініці стоять тільки діти, які страждають від хвороб очей. Діти, що мають схильність до їх розвитку (фактори ризику розвитку очних захворювань), залишилися без уваги. Навіть після виявлення очно патології не всі діти були узяті на диспансерний облік офтальмологами. В історіях розвитку дитини немає зведення про офтальмологічне здоров'я даної дитини, не записані дані про проведені оздоровчі заходи, немає відомостей про наступний візит до лікаря, не заповнена "контрольна карта диспансерного спостереження".

Візит до офтальмолога в 62,8 % випадків буває з приводу діагностики або надання первинної допомоги при гострих запальних процесах або пошкодженнях очей. Лише 27,2 % звернень складають звернення з профілактичною метою.

Ретроспективний аналіз історій розвитку дітей з очною патологією дозволив зробити висновок, що лише 45,3 % з них перебувають на диспансерному обліку і знаходяться під спостереженням у офтальмолога з приводу очної патології. Необхідно відзначити, що цю групу в більшості складають діти, що мають вроджені патології зору, високий ступінь міопії, патології зорового нерва, пухлини очей (88,3 %). Діти з факторами ризику розвитку очних захворювань, низьким ступенем міопії, порушенням акомодаци залишалися в не полі зору окулістів і ЛЗП.

Звертає на себе увагу, що в короткий термін після виявлення захворювань очей ставили на диспансерний облік і ЛЗП, і офтальмологи дітей з вродженими аномаліями очей, дітей з набутими захворюваннями очей на диспансерний ставили в пізніші терміни (в середньому від 3-х місяців до 1-го року) від початку виявлення захворювання. А діти з порушеннями рефракції (міопія, гіперметропія, астигматизм, спазм акомодаци), які складають, як ми вже відзначили вище, основну масу очно патології, беруться на диспансерний облік дуже пізно (в середньому через 3,2 року). Основна робота офтальмолога серед даного контингенту зводиться до наступного: проводить первинний огляд, перевіряє гостроту зору, при необхідності підбирає окуляри, призначає курс лікування, і дає поради щодо носіння окулярів. Проте подальше спостереження за даною дитиною офтальмологи не проводять.

Таким чином, результати дослідження свідчать про істотні недоліки в організації медично допомоги і зокрема диспансеризації дітей з очними захворюваннями.

ВИСНОВКИ 1. З кількості дітей, що пройшли медичний огляд, 22 % страждають від тієї або іншої патології очей.

2. Під спостереженням у офтальмолога найчастіше перебувають діти, які мають уроджені патології зору, високий ступінь міопії, патології зорового нерва, пухлини очей (88,3 %).

3. При проведенні профілактичної роботи не приділяється належна увага факторам ризику розвитку очних захворювань у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алимов А.В. Охрана здоровья школьников: состояние и проблемы / А.В. Алимов, Э.А. Сейтхалилов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 1999. – № 1. – С. 13-14.
2. Маматхужаева Г.Н. Клинические особенности миопии у школьников и факторы риска её развития / Г.Н. Маматхужаева // Узбекистанский журналы. – 2001. – № 5-6. – С. 78-80.
3. Перевозчикова А.П. Организация профилактики близорукости в общеобразовательной школе / А.П. Перевозчикова, Г.В. Павлова, П.А. Перевозчикова // Материалы 2-ЕвроАзиатской конференции по офтальмохирургии: Тез. докл. – Екатеринбург, 2001. – С. 252-253.
4. Шаталов О.А., Чепцова О.Б. Способ профилактики и лечения спазмов аккомодации и прогрессирующей миопии у детей / О.А. Шаталов, О.Б. Чепцова // Вестник офтальмологии. – 1998. – № 6. – С. 31-33.