ных, исследования причин заболевания и организации противораковой борьбы.

Важно, что работа регистра базируется на взаимодействии всех звеньев системы здравоохранения в процессе выявления и лечения больных. А если учитывать, что в настоящее время в практическом здравоохранении возрождаются принципы диспансеризации населения, созданная в Сочинском регистре гемобластозов система управления диспансеризацией больших контингентов больных лейкозами и лимфомами может быть особенно востребованной.

## СОВРЕМЕННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ С САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

Еременко А.И., Четыз Р.Р., Каде А.Х., Гиш Ф.З.
*Кубанский государственный медицинский университет*
*Краснодар, Россия*

Данные о связи общесоматической и неврологической патологий с возникновением и развитием близорукости в детском возрасте изучается с каждым годом все чаще. (Тарутта Е. П., Кузнецов И. В., Волкова Л. П., Смирнова Т. С., 2001-2006 г. г.). Причиной этому являются по ряду авторов, следующие факторы:

Во-первых – низкая эффективность лечения близорукости общепринятыми методиками, с воздействием только на аккомодационный аппарат глаз.

Во-вторых – низкая эффективность склероукрепляющих манипуляций, проведенных без предварительного комплексного лечения.

В-третьих – возникновение частых, осложненных форм близорукости при наличии не леченных, соматических и неврологических заболеваний у детей.

**Целью** наших исследований явились ряд работ:

1. Доказать связь развития близорукости с рядом симптомокомплексов, вызванных соматическими и неврологическими заболеваниями детского организма. 2. Разработать комплексное поэтапное лечение с учетом экстраокулярных заболеваний и с применением санаторных методик. 3. Оценка эффективности комплексного 3-х этапного лечения близорукости у детей.

**Материалы и методы:**

Проведение компетентных комплексных медицинских осмотров конкретной группы близоруких детей с участием детских специалистов и проведением полного обследования представилось возможным в детском диагностическом центре КДБ.

В нем приняли участие детские специалисты: невропатолог, гастроэнтеролог, кардиолог, отоларинголог, хирург-ортопед, гастроэнтеролог, нефролог, эндокринолог и гематолог.

Всего осмотрено: дошкольников – 90 детей; школьников – 440 детей.

Для определения взаимосвязи экстраокулярных, заболеваний с близорукостью, нами использован метод индексных показателей - индекс заболеваемости – (ИЗ) (Г. В. Гладков, 1976 год)

ИЗ это соотношение = число выявленных с общим заболеванием к общему числу с близорукостью

ИЗ показывает частоту той или иной патологии среди определенного контингента и измеряется долями 1. Чем ближе к 1, тем выше частота поражения исследуемого контингента определенным заболеванием.

В нашем конкретном случае ИЗ = 0,96.

Дальнейшие исследования являются доказательством количественного состава нозологии соматических заболеваний среди детей с близорукостью:

В количественном отношении (по Стьюденту) из 510 детей с близорукостью 498 детей страдает одним общесоматическим заболеванием (96 %), из них – 41 % страдает 2-мя соматическими заболеваниям.

Следующий этап исследований характеризует этиопатогенетическую связь близорукости с симптомокомплексами, вызванными неврологическими и соматическими заболеваниями.

У подавляющего большинства детей выявлены (70%) заболевания ЦНС и цервикальная недостаточность в виде нестабильности шейного отдела позвоночника, раннего остеохондроза, сколиоза и подвывиха шейного отдела позвоночника. Указанные патологии способствуют формированию межпозвоночных блокад. Как правило, при этих состояниях развивается недостаточность кровоснабжения в вертебробазиллярной системе. Это вызывает нарушение регионального кровоснабжения с поражением ядер глазодвигательных нервов в продолговатом мозге, парез циллиарных мышц. А также изменение кровоснабжения сетчатки, сосудистой оболочки и зрительного нерва и изменения структуры коллагеноза склеры (Кузнецова М В., Тарутта Е. П., Волкова А. П. 2006г).

По данным наших исследований на втором месте – дисфункция гепатобиллиарного тракта и ЖКТ с явлениями лямблиозного и банального холецистита, гепатитов, хронического гастродуоденита с колитом и дизбактериозом кишечника – 12% близоруких детей.

Авитаминозы и дефицит микроэлементов, возникающие при этих заболеваниях вызывают метаболические нарушения в сетчатке, в зрительном нерве и оболочках глаз.

Среди этой категории детей наиболее часто наблюдается дегенеративная близорукость с быстрым прогрессированием (Ху Данин, 2001год).

На третьем месте - нарушения иммунной системы организма на фоне хронических или

скрыто протекающих (оппортунистических) инфекций – 7 % токсоплазмоз, туберкулез, герпес, цитомегаловирус и других инфекций.

Они, как правило, являются причиной заболеваний ЛОР органов, заболеваний почек, органов дыхания, и др. Чаще всего инфекции вызывают осложненное течение близорукости связанное не только с местным фактором, но и с полиорганной недостаточностью, обуславливающей гемодинамические и метаболические нарушения с развитием системной тканевой гипоксии и дистрофических изменений (Рабаданова М. Г. 2001г.).

Поэтому, на их фоне развиваются осложненные (дегенеративные) формы миопии и, как показали наблюдения, мало зависящие от степени.

На четвертом месте – кардиологические нарушения – нарушения проводимости, синдром ранней реполяризации желудочков, тахикардия, тахиаритмия, пролапс митрального клапана – 4 %.

Известно, что кардиологические патологии вызывают нарушение тонуса сосудов питающих структуры глазного яблока тем, вызывая ослабление аккомодационного аппарата (Волкова Л. П., Волков А. В. 2005-2006г)

Чаще всего на фоне различных кардиопатий развиваются спазмы аккомодации.

На пятом месте дети с близорукостью на фоне заболеваний почек – 3 %. Это дети с обменной нефропатией и воспалительные заболевания на фоне оппортунистических инфекций. На этом фоне у детей наблюдаются нарушения фосфорно-кальциевого обмена, что нарушает процесс коллагеноза склеры.

На шестом месте дети с БЛ на фоне эндокринных заболеваний – 2 % - это ожирение, эндемический зоб.

У 1 % - детей с Бл наблюдалась железодефицитная анемия, в основном, у девочек. У 13% всех детей лабораторное исследование показало низкий уровень содержания Са в кров

Современная офтальмология требует иного подхода к консервативному лечению близорукости:

«Лечение и профилактика близорукости у детей и подростков должно быть комплексным с обязательным учетом имеющихся общесоматических заболеваний. (Кузнецова М. В., Попов В. А. 2001г., Обрубов С.А., Тумасян А. Р., Тарутта Е. П., Волкова В. П. 2006год).

«Недооценка их роли является причиной неэффективности проводимой консервативной терапии и использования хирургических методов лечения» (Рабаданова М. Г. 2001год)

Предложенное нами комплексное лечение близорукости у детей условно разделили на несколько этапов:

1-й этап – выявление и лечение соматического заболевания у детей.

2-й этап – параллельно первому проводится медикаментозное воздействие на периферический отдел зрительного анализатора, на корковые и подкорковые его отделы.

3-й этап – это специальное электронейрофизиотерапевтическое лечение органов зрения, включающее и санаторные методы. Имеющиеся сегодня методы и приборы позволили нам данное лечение проводить в определенной последовательности; высшие зрительные сенсорные и подкорковые зоны – проводящие пути, зрительный нерв и сетчатка – увеальный тракт и аккомодационный аппарат.

Кроме специальных методов лечения мы включили в комплексное лечение близорукости и санаторные методы оздоровления. Данное лечение способствует устранению многих симптомокомплексов неврологических и общесоматических заболеваний, влияющих на развитие и течение близорукости. В нее вошли санаторные методы: различные ванные: родоновые, йодобронные, жемчужные, грязевые аппликации, ингаляции, аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия, морские купания, диетическое питание.

Целью рекомендуемого нами лечения, в зависимости от степени, является:

Профилактика возникновения близорукости.

Профилактика прогрессирования близорукости.

Профилактика слепоты и слабовидения.

Основными критериями эффективности являются;

острота зрения, переднезадний отрезок (ПЗО) глаза, ближайшая точка ясного зрения (БТЯЗ) суммарное поле зрения, запас относительной аккомодации (ЗОА) скиаскопические данные и данные рефрактометрии, а также УК, характер зрения и динамика ЭРГ, ЗВП, кампиметрию при осложненных случаях. Все перечисленные критерии объединены в общие показатели эффективности: выздоровление, улучшение.

Результаты лечения: в основной группе – 410 чел, данная группа детей получила комплексное трех – этапное лечение с применением санаторных методов оздоровления. Из них:

с выздоровлением - 21%

с улучшением - 79%

без перемен - 0%

В контрольной группе – 120 чел, данная группа детей получила только стандартное лечение – воздействие только на аккомодационный аппарат. Из них:

с выздоровлением - 3%

с улучшением - 56%

без перемен - 41%

Высокий процент выздоровления отмечен среди детей, пролеченных в условиях санатория.

Продолжительность курсов лечения от 14 до 21 дня.

Сроки данного лечения зависят от степени близорукости, от тяжести сопутствующего заболевания, в среднем продолжаются от 1,0 до 3-х лет. Продолжительность эффекта одного курса лечения длится более года. Лечение в условиях санатория позволяет сократить сроки лечения и увеличить продолжительность эффекта курса лечения.

**Выводы:**

1. Доказана этиопатогенетическая взаимосвязь возникновения близорукости с соматическими неврологическими заболеваниями в детском возрасте.

2. Разработанная и применяемая нами методика комплексного 3-х этапного лечения близорукости с использованием санаторных методов оздоровления, обеспечивает высокую эффективность лечения, и позволят сократить сроки лечения.

3. Применение комплексного 3-х этапного лечения снижает экономические затраты на лечение близорукости в 3 раза.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ МАЛОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЛАБОВИДЕНИЯ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ

Ермолаев А.В., Ермолаев С.В., Тегза В.Ю., Алексеев В.Н.

*Астраханский государственный университет Астрахань, Россия*

С целью изучения влияния физических упражнений малой интенсивности на аккомодационную способность глаза у школьников с нарушениями рефракции, были сформированы две группы детей по 520 человек в каждой из числа учащихся 8-11 классов, имеющих близорукость или предрасположенных к ней.

Школьникам, отнесённым в контрольную группу, проводилось стандартное лечение, включающее упражнения на аккомодотренере, упражнения с линзами и призмами, тканевая и общая терапия, фото- и магнитостимуляция. Для детей, отнесённых в экспериментальную группу была разработана специальная программа, включающая в себя стандартное лечение и профилактическое лечение с применением физических упражнений и элементов спорта, состоящая из 4 разделов: специальные упражнения для глаз, корригирующие упражнения, дыхательные упражнения и подвижные игры. Период наблюдения составил 6 месяцев.

В ходе исследования были получены следующие результаты.

При поступлении на лечение у 55 человек из контрольной и 48 человек из экспериментальной групп наблюдалось отсутствие резервов относительной аккомодации и у 465 и 472 школьников – снижение резервов. После лечения отсутствия резервов не наблюдалось. Норма была достигнута в 291 (55,96%) и 408 (78,46%) случаях соответственно, т.е. прирост в экспериментальной группе по сравнению с контрольной составил 22,5%.

Из 27 учащихся с высокой степенью заболевания, у одного в контрольной группе миопия уменьшилась и стала средней. В то же время в экспериментальной группе данное изменение наблюдалось у 3 человек, а из 44 человек с миопией средней степени стала слабой у 7 и 10 человек соответственно.

Таким образом, проведённое исследование показало, что физические упражнения общеразвивающего характера, применяемые в сочетании с традиционными методиками лечения близорукости и укрепляющими аккомодацию, оказывают положительное влияние на функции органа зрения. Приведённая выше методика лечебной физкультуры для школьников доказывает свою эффективность в комплексе мер по профилактике близорукости.

*(Научно-исследовательский проект № 06-06-00676а, поддержан грантом РГНФ).*

## МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МАММОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Сухарев А.Е., Мамаева С.А.

*Кафедра психологии Астраханского государственного университета, МУЗ ГКРД и ГКБ № 4, Астраханское региональное общественное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП) «ГРАНТ» Астрахань-Москва, Россия*

В связи с тем, что «мастопатия» является на сегодня распространенным термином, объединяющим симптомы разнообразных патофизиологических состояний молочных желез, необходима непрерывная научно - исследовательская и медико-просветительская работа, которая позволила бы систематизировать и конкретизировать представления (как среди врачей, так и среди пациентов) о природе, этиопатогенезе, профилактике, диагностике и лечении заболеваний молочных желез.

С этой целью нами разработана и внедрена в практику организационная модель скрининга и мониторинга состояния здоровья населения. Эта модель включает в себя хозрасчетные выездные врачебные многопрофильные бригады, маммологический «Открытый прием» в городской поликлинике и женской консультации, «Школу здоровья для женщин» при городской клинической больнице № 4, научно-исследовательскую лабораторию при медицинской академии и городском клиническом роддоме, общественные профессиональные организации «Ассоциация врачей Астраханской области» и «Астраханское