

Профилактика спазма аккомодации у детей

(Икрамов О.А., Каримова М.Х., Икрамов А.Ф.)

Одной из причин развития и прогрессирования миопии в школьном возрасте (за исключением наследственной и врождённой миопии) является спазм аккомодации. Поэтому вопросы её ранней диагностики, лечения и, особенно, профилактики у учащихся представляют особую актуальность.

При утомлении, вследствие более выраженного свойства гладких мышц, по сравнению с поперечнополосатыми, мышца переходит в состояние длительного, но ослабленного тетануса, цилиарная мышца легко спазмируется, приводя к нестойким, полустойким, а затем к стойким спазмам аккомодации (Дашевский А.И., 1988).

Многие учащиеся при работе вблизи низко наклоняют голову, в итоге аккомодационный аппарат обоих глаз устойчиво перенапрягается, что сопровождается спастическим сокращением цилиарной мышцы и усилением клинической рефракции глаза.

Цель – определить распространённость спазма аккомодации среди школьников, его клинические особенности, проанализировать результаты комплексного лечения.

Материал и методы. Нами была изучена эпидемиология глазных заболеваний у 6027 детей (2839 девочек и 3188 мальчиков) 6-17 лет, учащихся семи общеобразовательных школ и одной гимназии Андижана. Комплексное офтальмологическое обследование включало: определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией; клинической рефракции путём скиаскопии в условиях циклоплегии после трёхдневной инстилляцией 1% раствора сульфата атропина; биомикроскопию на щелевой лампе «Karl Zeiss Jena» для оценки оптических сред глазного яблока в состоянии медикаментозного мидриаза; методами прямой и обратной офтальмоскопии: определение запаса относительной аккомодации (30А) по методике Э.С. Аветисова; диагностику спазма аккомодации (вид и степень) с помощью дивергентной дезаккомодации и оптического – микрозатуманивания по А.И. Дашевскому; определение остаточного резерва аккомодации (проба Р.С. Зильбермена); прогностическую пробу Э.С. Аветисова, тонометрию грузом массой 10 г по Маклакову под местной анестезией 2% раствором лидокаина.

Результаты. Глазные заболевания установлены у 1242 (20,6%) школьников. У 242 (4%) обследованных (105 мальчиков и 137 девочек) выявлен спазм аккомодации (СА): у 136 – нестойкий, у 73 – умеренно стойкий и у 33 – стойкий. С возрастом отмечается увеличение доли умеренно стойкого и стойкого СА. Так, среди школьников 6-10 лет нестойкий спазм аккомодации выявлен у 62 (72,94%), умеренно стойкий – у 20 (23,52%), стойкий – у 3 (3,52%); в возрасте 11-14 лет соответственно – у 72 (52,94%), 43 (31,61%) и 21 (15,44%), в 15-16 лет – 2 (9,5%), 10 (46,61%) и 9 (42,85%).

Среди обследованных 6-10 лет спазм аккомодации выявлен у 85 (2,9%) из 2923 детей, 11-14 лет – у 136 (5,6%) из 2424, 15 лет – у 21 (3,0%) из 680. У детей 11-14 лет частота спазма аккомодации резко возрастает. Наиболее высокий уровень спазма аккомодации среди девочек отмечается в возрасте 11-12 лет, а среди мальчиков - в возрасте 13-14 лет.

Увеличение частоты спазма аккомодации совпадает с пубертатным периодом, т.е. с наиболее интенсивным ростом и нейроэндокринными сдвигами в организме у детей. Именно в этом возрасте у школьников повышается зрительная нагрузка.

Снижение остроты зрения при СА в 67,8% случаев сопровождается астенопическими жалобами. При зрительной нагрузке школьники отмечают боль в глазах, в области лба, висках, головную боль, головокружение, потливость, пласкивость, раздражительность, быструю утомляемость. В 32,3% случаев нарушение аккомодации не сопровождается клиническими признаками. В связи с этим для раннего выявления и лечения нарушений аккомодации профилактические осмотры детей школьного возраста имеют особое значение.

При нестойком спазме аккомодации проводили оптическое и дистантное микрозатуманивание, «стеклянную атропинизацию» и дивергентную дезаккомодацию по А.И. Дашевскому (1973). Назначили инстилляцию в оба глаза 1% раствора мезатона на ночь. Амбулаторно проводили оптико-дистантное микрозатуманивание (12-14 занятий).

При умеренно стойком СА лечение сочетали с электрофорезом - 1% раствор мезатона и 0,5% раствор платифиллина в соотношении 1:1 [3].

При стойком спазме аккомодации наряду с оптикодистантным микрозатуманиванием использовали комбинированный метод лечения по Р.Ж. Токуевой, Ю.Е. Батманову [4, 5]. Перед назначением лечения измеряли внутриглазное давление грузом массой 10 г по Маклакову под местной анестезией 2% раствором лидокаина (3 раза для исключения его стрессового подъёма). До лечения средний уровень внутриглазного давления при стойком спазме аккомодации был равен $21,2 \pm 0,8$ мм рт.ст., после лечения – $16,3 \pm 0,7$. За 3 часа до сна в оба глаза инсталлировали 1% раствор мезатона, а за 30 мин – 0,5% раствор мидриацила и 25% раствор тимолола (с 10-минутным интервалом). Инстилляцию проводили в течение 1 месяца ежедневно, затем в течение 2 месяцев через день. В комплекс лечения включали электрофорез с раствором но-шпы, а также массаж шеи (по 15-20 минут в течение 10 дней), который способствует стимуляции симпатической нервной системы, повышению тонуса цилиарной мышцы.

После лечения удалось добиться ослабления рефракции, повышения остроты зрения и ЗОА, исчезли астенопические жалобы.

Поскольку развитию и усилению СА способствуют локальные и общие расстройства организма, все дети с этим нарушением были обследованы специалистами. Наиболее часто у школьников встречались анемии (87,2%), эндемический зоб (70,2%), кариес (54,9%), астеновегетативный синдром (28%), хронический тонзиллит (24,8%), глистная инвазия (18,6%), аденоиды (15,7%) и другая соматическая патология (7,4%).

Все школьники со спазмом аккомодации были взяты на диспансерный учёт. После лечения для закрепления результатов детям рекомендовалось ношение положительных линз 1,0 дптр, домашние тренировки с дырчатыми очками-тренажёрами. Всем детям с сопутствующей патологией специалистами было назначено соответствующее лечение. Особое внимание уделялось общей санации организма (дегельминтизации, санации полости рта и носоглотки).

Одним из основных средств профилактики спазма аккомодации в детском и подростковом возрасте следует считать создание благоприятных условий для зрительной работы в школе. Учащиеся должны соблюдать режим труда и отдыха. Большое значение для предупреждения прогрессирования спазма аккомодации имеют благоприятные

гигиенические условия – правильное и достаточное освещение, правильная посадка детей во время занятий. При жалобах на утомляемость глаз, нарушения зрения дети должны быть обследованы офтальмологом.

Заключение

1. Распространённость спазма аккомодации среди школьников Андигана составляет 4,0% от общего числа обследованных. Среди мальчиков спазм аккомодации встречается реже (43,4%), чем у девочек (56,6%).

2. С возрастом число детей со спазмом аккомодации увеличивается, особенно среди девочек. Наиболее часто у них он выявляется в 11-13 лет, а у мальчиков - в 12-14.

3. Критериями эффективности лечения спазма аккомодации служат ослабление рефракции, повышение остроты зрения и запаса относительной аккомодации, исчезновение астенопических жалоб.

4. Спазм аккомодации является одной из причин развития и прогрессирования миопии у детей школьного возраста. В связи с этим большое значение имеют профилактические осмотры для раннего выявления и лечения нарушений аккомодации.

Источник: Российская офтальмология онлайн
(<http://www.eyepress.ru/article.aspx?20910>)