

ка зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки в 31 случае позволило подтвердить патологию зрительного нерва.

Выводы. Комбинация различных видов электрофизиологического исследования (таких как электроретинография, электроокулография, регистрация зрительных вызванных корковых потенциалов) и оптической когерентной томографии позволяет оценить степень тяжести, определить локализацию патологического процесса и составить правильную тактику лечения.

**С.А. Коротких, Е.А. Степанова,
Т.А. Захарова**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПТОЗА ОСЛОЖНЕННОГО ПАЛЬПЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

ГУЗ СО Детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум».

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Актуальность. В структуре врожденной патологии придаточного аппарата глаза птоз верхнего века занимает одно из первых мест. По данным отечественных и зарубежных исследователей отмечается достаточно большой удельный вес данной патологии, составляющей ежегодно около 9% среди пациентов детских глазных стационаров. Устранение птоза у детей, особенно осложненных форм, не является чисто косметической проблемой.

Пальпебральный синдром не только ухудшает эстетический вид пациентов, но и в большей степени отрицательно сказывается на функциональном развитии органа зрения. Он включает в себя основную триаду симптомов: птоз верхнего века, эпикантус, укорочение и сужение глазной щели. Нет единой точки зре-

ния на этапный подход к хирургическому лечению пальпебрального синдрома.

Цель. Провести анализ эффективности операций при врожденном птозе верхнего века, осложненного пальпебральным синдромом в Областном детском офтальмологическом центре (ОДОЦ) на базе ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум».

Материалы и методы. По данным глазного отделения НПЦ «Бонум» больные с блефароптозом составляют около 4 % оперированных. За период с 2007 по 2009 гг. по поводу врожденного осложненного птоза выполнено 43 операции у 26 детей.

Всем пациентам при поступлении в стационар проводилось следующее офтальмологическое обследование: визометрия, авторефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, определение пробы Ширмера. Подвижность верхнего века и величина птоза определялись линейными методами.

В зависимости от этапов хирургического лечения все пациенты были разделены на 3 группы. В I группу вошли пациенты, которым первым этапом производили устранение птоза верхнего века, вторым этапом - коррекцию внутреннего угла. Во II группе – первым этапом выполнена коррекция внутреннего угла, а затем устранение птоза. И III группа состояла из детей, которым была выполнена методика одновременного устранения эпикантуса и птоза путем комбинированного способа резекции леватора в объеме от 15 до 30 мм и подвешивания к связке Уитналла.

Результаты оценивались по косметическому и функциональному состоянию. Косметический эффект: слабый – расширение глазной щели до 2 мм, удовлетворительный – до 4 мм, хороший - 5 мм и более. В результате оперативного лечения хороший результат был достигнут в 69,2%, удовлетворительный в 23,1%, слабый в 7,7%. В III группе прооперированных глаз хороший результат был получен в 75% и удовлетворительный в 7,1% случаев.

Результаты операций	кол-во больных	Кол-во операций	%
хороший	18	28	69,2%
удовлетворит.	6	11	23,1%
слабый	2	4	7,7%
всего	26	43	100%

Вывод. Хирургическая методика одновременного устранения эпикантуса и птоза путем комбинированного способа резекции леватора и подвешивания к связке Уитналла, в 75% случаев дала хороший косметический результат и в 7,1% удовлетворительный.

Э.А. Максимова, **Е.М. Дубровина**,
Ю.С. Ботникова, **М.М. Козлова**,
Л.В. Скляр

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь для ветеранов войн», г. Курган

Актуальность. Патология слёзных путей составляет от 7 до 14 % офтальмопатологии детского возраста. В структуре патологии новорождённых дакриоцистит составляет от 1 до 4%. Период новорождённости характеризуется активным становлением иммунной системы и повышенной чувствительностью к инфекциям.

Причинами развития неонатального дакриоцистита могут быть: мембрана, слущенный эпителий, желатиноподобная плёнка, врождённые анатомические изменения в строении различных отделов слёзоотводящих путей или полости носа, сужение костной части носос-

лёзного протока вследствие родовой травмы или врождённый порок развития самого слёзного мешка – дакриоцистоцеле. Флегмона слёзного мешка встречается в 5–7% от всех врождённых дакриоциститов. Основной причиной развития острого гнойного дакриоцистита в раннем неонатальном возрасте в 77,7% случаев является врождённое дакриоцистоцеле, в 78% требуется хирургическое лечение.

Цель настоящего исследования – анализ эффективности тактики хирургического этапа лечения патологии слезоотводящих путей у детей в зависимости от возраста по данным отчётов офтальмологов родильных домов, отделений патологии новорождённых и отделения детской микрохирургии глаза за последние три года.

Материал и методы. Исследование проводили на базе: МУ «Родильный дом №1», МУ «Родильный дом №2» г. Кургана, ГУ «Курганская областная клиническая больница», ГУ «Курганская областная больница им. Красного Креста», ГУ «Курганский областной госпиталь для ветеранов войн».

За период с января 2007г. по декабрь 2009г. неонатальный дакриоцистит зарегистрирован у 708 новорождённых, из них флегмона слёзного мешка у 7 детей, что составило 1%. При этом, у четырёх детей флегмона слёзного мешка выявлена в первые сутки жизни, у двух детей – на первой неделе жизни и у одного ребёнка - за период со второй по четвертую неделю жизни. Данное состояние расценивалось как осложнённое дакриоцистоцеле.

В периоде раннего возраста зарегистрировано 634 ребёнка с клиническими признаками дакриоцистита (1-3мес – 56%, 4-6мес 26%, 7-12мес – 10%, старше года – 8%). У двух детей обнаружена флегмона слёзного мешка, что составило 0,3%.

Всем детям был проведён хирургический этап лечения по разработанному нами алгоритму, в зависимости от возраста и тяжести процесса.

В периоде раннего неонатального и неонатального возраста в условиях родильных домов и отделений патологии новорождённых