

Таким образом, вегето-сосудистая дистония у детей в ряде случаев сопровождается нарушениями зрения и изменениями на глазном дне. В случаях отсутствия своевременной диагностики они могут прогрессировать. Во избежании нарушения самочувствия детей, нарастания офтальмологических изменений необходимо всем детям с вегето-сосудистой дистонией проводить осмотр офтальмолога. Своевременна коррекция зрения позволит детям продолжать учебу и получать профессиональное образование.

НОВАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ

Булдакова В.Н., Лунева С.В.

Проблема ретинопатии у недоношенных (старое название заболевания – ретролентальная фиброплазия) возникла с начала 60 годов в США и конца 80 в России в связи с выживаемостью детей, родившихся с массой от 1800 гр. и ниже и низким гестационным возрастом до 32 недель.

В течение последних 10 лет с диагнозом ретролентальная фиброплазия, что равнозначно IV-V стадии ретинопатии недоношенных ежегодно обращалось до 10 детей. Дети с I, II и III стадией заболевания, обычно развивающейся на 1-3 месяце жизни, в этом возрасте не выявлялись. Изменения со стороны глаз в IV-V стадиях, как правило, необратимы и эти дети проходят в категорию инвалидов по зрению.

В настоящее время в ведущих офтальмологических клиниках (НИИ глазных болезней г. Москва, НИИ глазных болезней г. Уфа) применяется новая тактика ведения таких больных. На учет берутся все младенцы, родившиеся с весом ниже 1800 гр, гестационным возрастом менее 32 недель и (или) получавшие оксигенотерапию более 50 дней. Они впервые обследуются в возрасте 3-4 недель, затем каждые 2 недели до стабилизации симптомов заболевания на фоне проводимой терапии.

С апреля по июль 2000 года к нам было направлено 29 детей в возрасте от 1,5 мес. до 1 года 4 мес. с подозрением на ретинопатию недоношенных. Количество направленных детей значительно увеличилось, но возраст первого направления по-прежнему не соответствует рекомендованному.

По стадиям ретинопатии больные распределились следующим образом:

I-II стадия – 10 детей

III стадия- 4 ребенка

IV стадия- 15 детей.

Наблюдаются 3 пары близнецов, из которых один ребенок здоров или имеет I-II стадию, а у другого более тяжелое течение заболевания (III-IV стадия). Для III, IV и V стадии ретинопатии характерно уменьшение передне-

задней оси глазного яблока в среднем на 2-4 мм меньше возрастной нормы. В I-II стадиях, напротив, наблюдается увеличение передне-задней оси до 17-20,5 мм. У таких детей в дальнейшем формируется рано приобретенная миопия.

Наш опыт наблюдения за такими детьми свидетельствует о необходимости более тесного сотрудничества врачей педиатров и офтальмологов по раннему наблюдению за детьми, родившимися с низкой массой, с целью профилактики необратимой стадии ретинопатии.

НЕКОТОРЫЕ ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ АНГИН У ДЕТЕЙ

Лепинских Ю.В.

Актуальность и значимость тонзиллярной патологии определяется высоким уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного населения.

Под термин «тонзиллит» подразумевают воспаление небных миндалин. До настоящего времени отоларингологи, терапевты, врач-инфекционисты пользуются классификацией тонзиллитов И.Б. Солдатов, согласно которой выделяют:

1. Острые тонзиллиты

- 1.1. Первичные (катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангины).
- 1.2. Вторичные: а) при острых инфекционных заболеваниях (дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе, инфекционном мононуклеозе); б) при заболеваниях системы крови (агранулоцитозе, лейкозах).

2. Хронические тонзиллиты.

- 1.1. Неспецифические: а) компенсированная форма; б) декомпенсированная форма.
- 1.2. Специфические (при туберкулезе, сифилисе, склероме).

При компенсированной форме хронического тонзиллита выявляются местные признаки хронического воспаления миндалин, барьерная функция которых сохранена и генерализации воспалительного процесса не наблюдается. Декомпенсированная форма характеризуется следующими признаками.

1. Рецидивирующими ангинами (более 2 раз в год).
2. Возникновением паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, тонзиллогенного сепсиса.
3. Тонзиллогенной интоксикацией.
4. Заболеваниями других органов и систем.

Для последующей эффективной врачебной тактики важна формулировка диагноза. Следует указывать не только клиническую форму заболевания (компенсированная, декомпенсированная), но и конкретный вид или ви-