

## НЕИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОН СЛЕЗНОГО МЕШКА

Токаренко Н.Т., Черепенина Р.А.

Во всех современных руководствах по офтальмологии флегмоны слезного мешка (ФСМ) при абсцедировании рекомендуется вскрывать и дренировать. При данном методе лечения уже сама операция представляет определенную травму. Кроме того, заживление вторичным натяжением способствует образованию грубого кожного рубца, нарушающего нормальное анатомическое строение слезных путей, удлиняет сроки лечения, что особенно нежелательно у детей грудного возраста.

С 1987 г. для лечения ФСМ мы успешно применяем метод дренирования ФСМ через слезные каналы.

Техника метода состоит в следующем. Под местной анестезией эпibuльбарно S.Dicaini 0,5% раствором расширяем конических зондами № 1, 2, 3 верхний или нижний слезные каналы, затем производим легкий восходящий массаж, не убирая зонд из канала, который служит проводником для гнойного содержимого слезного мешка. Процедуру повторяем ежедневно (обычно достаточно 3-4). Параллельно назначаются инстилляциии дез. капель (фоновая терапия). После снятия явления воспаления зондируем слезно-носовую канал по стандартной методике.

Выше указанным методом нами пролечено 26 больных, из них до 1-го года – 23 человека. У всех лечение привело к выздоровлению.

Предлагаемая методика лечения малотравматична, физиологична, экономически выгодна, приводит к выздоровлению пациентов с ФСМ в сроки 3-5 дней, и, что немаловажно, исключает необоснованное проведение антибиотикотерапии, что способствует профилактике дисбактериоза и иммунных нарушений у детей.

## СОЛНЕЧНЫЕ ОЖОГИ СЕТЧАТКИ

Бальберт П.О., Токаренко Н.Т.

11 августа 1999 года на территория России, в том числе Свердловской области можно было наблюдать солнечное затмение. Ввиду неординарности и редкости этого явления многие хотели быть свидетелями данного чуда природы, к сожалению забыв о том, что солнечный свет, с одной стороны, является источником всего живого на Земле, а с другой стороны, при определенных условиях может вызвать опасные и необратимые изменения органа зрения.

Органические повреждения глаз неионизирующими электромагнитными излучениями оптического диапазона могут возникнуть как под влиянием прямого, так и отраженного солнечного света.

В настоящее время к оптическому диапазону относятся следующие электромагнитные излучения (табл. 1).

Таблица 1

Оптический диапазон неионизирующего электромагнитного излучения

Название	Длина волн	Спектр	Длина волн
Ультрафиолетовые	100-400 нм	С	100-280 нм
		В	280-315 нм
		А	315-400 нм
Видимый свет	400-780 нм	Фиолетовый	400-450 нм
		Синий	450-490 нм
		Зеленый	490-560 нм
		Желтый	560-580 нм
		Оранжевый	580-630 нм
		Красный	630-780 нм
Инфракрасные	780 нм-1 мм	А (коротковолновый)	780-1400 нм
		В (средневолновый)	1,4-3 мкм
		С (длинноволновый)	3 мкм-1 мм

Энергия Солнца, доходящая до Земли, складывается из 30% видимого света и 55% инфракрасного излучения. Длинноволновое инфракрасное излучение задерживается передним отрезком глаза, поглощается роговицей, но не вызывает ее перегревания, так как роговица охлаждается слезной жидкостью и воздухом. Видимый же свет в сочетании с коротковолновым инфракрасным излучением преломляется, сходится в фокусе и оказывает действие на внутренние структуры глаза.

Выделено три механизма повреждающего действия света на орган зрения.

1. Фотохимический - он заключается в том, что видимый свет и ИК коротковолновые лучи поглощаются пигментными клетками сосудистой оболочки и сетчатки, и, в первую очередь, меланином, как лучшим абсорбентом ИК излучения и оказывают не прямое фотодинамическое повреждающее действие на клетки, которое проявляется в разрыве молекулярных связей, деструкции аминокислот, инактивации клеточных энзимов. Кроме того, в пигментных клетках под воздействием видимого света ингибируются окислительные ферменты и, как следствие, нарушается одна из основных функций пигментного эпителия - питательная.

2. Термический - заключается в разрушении клеточных структур ввиду коагуляции белков при температуре нагревания  $+58^{\circ}\text{C}$  и больше.

3. Фотомеханический - происходит закипание тканевой воды, образование шарогазового пузыря и, как следствие, растяжение и разрыв тканей. Кроме того, вероятность ретинальных ожогов тем выше, чем более прозрачна атмосфера, чем шире зрачок, чем сильнее выражена пигментация глазного дна и чем ближе рефракция приближена к эмметропической.

В нашем отделении прошло 6 случаев ожога макулярной области сетчатки. Причина - наблюдение за солнечным затмением без защитных стекол.

Все пациенты-мальчики в возрасте от 11 до 14 лет, время наблюдения за Солнцем несколько минут (со слов). Основная жалоба - темное «пятно» перед глазом, появившееся у 5 детей в течение первых суток после затмения, у 1 ребенка - на 2 сутки. Кроме того, один из мальчиков отмечал искажение рассматриваемых предметов.

Острота зрения при поступлении в отделение (сроки поступления от 2 до 30 суток с момента поражения, что связано с невниманием родителей к жалобам ребенка). У троих - 0,7; у одного - 0,6; у одного - 0,5; у одного - 0,08. При исходной остроте зрения 1,0 и эмметропической рефракции.

Объективно: глаз спокоен, оптические среды прозрачны; на глазном дне у всех детей следующая картина: ДЗН и сосуды без особенностей, в макулярной области отек сетчатки, отсутствие фовеолярного рефлекса, положительный симптом «вишневой косточки». Периферия сетчатки без изменений. У одного ребенка, поступившего в 1 сутки после солнечного воздействия, отек макулы выглядел в виде желтовато-розового очага по типу желточной дистрофии Беста. Всем детям в условиях стационара проводилась следующая терапия:

1. Парабульбарные инъекции 0,1% дексазона и тауфона в сочетании с инсталляциями дексазона 0,1% по индивидуальным схемам, но не более 10 инъекций на курс.

2. Индометацин или пироксикам в возрастных дозировках.

3. Супрастин или пипольфен в возрастных дозировках.

4. Аскорутин, рибофлавин.

5. Физиолечение в виде: электростимуляция сетчатки, лазеростимуляция и магнитотерапии.

Эффект от проводимого лечения наблюдался на 2-5 сутки от начала лечения, что проявлялось в исчезновении жалоб на темное «пятно» и искажение предметов, в повышении остроты зрения. На 10-14 сутки острота зрения у троих детей составляла 0,9, у троих - 0,8 (в том числе и у ребенка с исходным визусом 0,08). Картина глазного дна выглядела следующим образом: фовеолярный рефлекс у всех детей восстановился, исчез отек сетчатки, но сохранилась крапчатость различной степени выраженности в макулярной области сетчатки.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. В регионе была недостаточно проведена профилактическая работа накануне солнечного затмения. Большинство детей наблюдало затмение, находясь в детских лагерях, не получив информации от медицинских работников о необходимости защиты органа зрения. В то время как основная информация об опасности прошла по телевизионным каналам.

2. При своевременном обращении в специализированное отделение и получении терапии в необходимом объеме прогноз благоприятный: восстановление остроты зрения до 80-90% от исходного уровня с сохранением минимальных изменений со стороны глазного дна.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМАНГИОМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МЕТОДОМ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ

В.В. Калугин

Гемангиомы – наиболее распространенный вид опухолей челюстно-лицевой области. По литературным данным, в 90% случаев гемангиомы обнаруживаются сразу после рождения ребенка. У 10% больных они проявляются в течение первых месяцев жизни (Н.И. Кондрашин, С.А. Холдин и др.). Нередко гемангиомы при рождении остаются незамеченными, т.к. могут быть в виде точечных сосудистых образований неяркой окраски, и только с возрастом ребенка увеличиваются в размерах и обращают на себя внимание. У девочек гемангиомы бывают в 2-3 раза чаще, чем у мальчиков. На долю гемангиом лица и волосистой части головы детей приходится до 87,2% случаев.

В данной работе приводится анализ лечения гемангиом челюстно-лицевой области за последние 3 года методом криовоздействия аппаратом «Азокриод», предназначенным для локальной криодеструкции биологической ткани. Криовоздействие произведено 366 детям. Распределение наших больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Поло-возрастной состав больных, получивших криовоздействие

Пол	Возраст							
	До 1 года		От 1 г. до 3 л.		От 3 до 7 л.		От 7 до 14 л	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики	60	16,4	30	8,2	16	4,4	16	4,4
Девочки	142	38,8	66	18,0	22	6,0	14	3,8
Всего	202	55,2	96	26,2	38	10,4	30	8,2