

# Система офтальмологической помощи детям



# Структура и уровень детских глазных болезней

## Наиболее часто встречающиеся проблемы «с глазами» у детей:

- 1) амблиопия - или «ленивый глаз»;
- 2) нарушения рефракции глаза, а именно:
  - близорукость (миопия)
  - дальнозоркость (гиперметропия)
  - астигматизм;
- 3) косоглазие, которое делят на:
  - содружественное косоглазие
  - паралитическое косоглазие;
- 4) катаракта;
- 5) ретинобластома;
- 6) ретинопатия;
- 7) ранения глаз.

1) **Амблиопия** – означает снижение остроты зрения, возникающее при нарушении нормального развития зрительной системы. Амблиопия – пониженное зрение из-за бездействия или ленивый глаз.

2) **Миопия** является наиболее распространенным нарушением рефракции, т.е. переднезадняя ось глаза больше, чем должна быть в этом возрасте. Изображение предметов при близорукости складывается не на сетчатку, что дало бы хорошее зрение, а перед сетчаткой и изображение получается расплывчатым.

Гиперметропия представляет собой норму, когда речь идет о ребенке младшего возраста. Но в случаях, если к 10 годам она не проходит, могут появиться астенопические жалобы - головные боли и затуманивание зрения.

При гиперметропии глазное яблоко (его переднезадняя ось) «короткое», в результате чего изображение предметов располагается позади сетчатки.

При астигматизме нарушается сферичность роговицы, т.е. в разных меридианах разная преломляющая сила и изображение предмета при прохождении световых лучей через такую роговицу получается не в виде точки, а в виде отрезка прямой, при этом четкое видение предмета искажается.

**3) Косоглазие** является одним из наиболее частых глазных заболеваний в детском возрасте (установлено, что распространенность косоглазия составляет 2 % от общего числа новорожденных).

Причиной косоглазия могут быть патологии рефракции, дефекты в развитии мышечного аппарата глаз, поражение центральной нервной системы, дефекты развития глазодвигательных нервов и черепно-мозговых ядер.

**4) Катаракта** - помутнение хрусталика, у детей чаще возникает ещё во внутриутробном периоде, из-за наследственных причин или болезни матери во время беременности. Существует большой риск появления катаракты у ещё не родившегося младенца, если его мать в период беременности переболела краснухой. Причиной помутнения хрусталика могут быть и нарушения обмена веществ ребёнка.

**5) Ретинобластома** - злокачественная опухоль сетчатки, опасна не только для глаза, но и для жизни ребёнка. Ретинобластома может передаваться по наследству.

6) У детей, которые родились преждевременно с очень малой массой тела (обычно менее 2000 г) и длительно получали при выхаживании ингаляции кислорода, также может возникнуть белая окраска зрачков. Такая патология — ретинопатия недоношенных, в отличие от ретинобластомы, не угрожает жизни, но очень опасна для зрения.

7) Ранения глазного яблока сопровождаются нарушением его целостности. Симптомы многообразны и определяются силой удара, местом и площадью его приложения, формой и величиной ранящего предмета. Общие симптомы — резь и боль в глазу, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм.



**В целях организационно-методического руководства и оперативного контроля за деятельностью детской офтальмологической службы во всех республиках, краях, областях, городах и при центральных районных больницах органами здравоохранения (министерства, управления, отделы) утверждаются (из числа наиболее опытных детских глазных врачей) нештатные главные (старшие) детские офтальмологи.**



**Офтальмологическую помощь детям оказывают как в специализированных детских учреждениях, так и в глазных учреждениях для взрослых.**

**Мероприятия по охране зрения детей необходимо осуществлять еще до рождения ребенка в женских консультациях. Уже в этот период следует формировать так называемые группы профилактики (риска) по глазной патологии.**

## Детские офтальмологи должны:

**1)** по первому сигналу из родильного дома или с педиатрического участка (но не позднее чем через 4 мес. со дня рождения ребенка) проводить обследование органа зрения у новорожденных с отягощенной наследственностью по глаукоме, катаракте, ретинобластоме, дистрофии сетчатки и атрофии зрительного нерва, а также у недоношенных и детей, родившихся от матерей с патологией беременности и в осложненных родах;

**2) осуществлять полное офтальмологическое исследование у детей в возрасте 3 лет, при этом нужно исследовать остроту зрения и клиническую рефракцию в условиях медикаментозного мидриаза (скополамин, гомо-тропин и др.);**

**- выявлять близорукость любой величины, дальнозоркость выше 3,0 дптр, астигматизм выше 1,0 дптр, анизометропию выше 2 дптр, назначать необходимую оптическую коррекцию;**

**- составлять списки детей, лечение и воспитание которых необходимо проводить в группах специализированных детских садов, профилированных группах общих детских садов, и передавать эти списки в РОНО для организации этих учреждений;**

**3) обязательно проводить углубленное исследование органа зрения к 5-7 годам (перед поступлением в школу), обращая особое внимание на остроту зрения вдаль и вблизи, устанавливая причины ее снижения.**

**Выявлять группу детей с близорукостью или повышенным риском ее возникновения (дети, родители которых страдают близорукостью, ослабленные или больные, дети с резко сниженной аккомодацией, астигматизмом, ложной близорукостью) и осуществлять по отношению к ним медико-педагогические мероприятия при участии педиатров и учителей.**

**4)** проводить с группой профилактики специальные тренировки аккомодации и занятия лечебной гимнастики; обеспечивать ежегодное офтальмологическое исследование и в случае необходимости лечение всех школьников группы профилактики;

**5)** проводить после 3-го и 8-го класса углубленный осмотр органа зрения и осуществлять необходимую оптическую коррекцию выявленных аметропии; при углубленном обследовании 15-летних школьников обращать особое внимание на профессиональную ориентацию лиц с дефектами зрения, а также на подготовку юношей к службе в Вооруженных Силах;



**6) проводить систематические в согласованные сроки семинары, лекции, беседы с акушерами и микропедиатрами, со школьными врачами, с участковыми и районными педиатрами, работниками санитарно-эпидемиологической службы, а также органов и учреждений народного образования (дошкольные учреждения и школы) по вопросам охраны зрения и первой офтальмологической помощи детям;**



ВОЗ классифицирует профилактические мероприятия с позиции первичной и вторичной профилактики, выделяя в системе профилактики два звена или две стадии единого профилактического процесса: **первичную профилактику** и **вторичную**.

Первичная профилактика включает в основном предупредительные меры общемедицинского и санитарно-гигиенического характера. В осуществлении ее главную роль играет офтальмолог. **Первичная антенатальная профилактика** заключается в создании оптимальных условий для развития плода, в устранении или уменьшении влияния неблагоприятных факторов внешней среды на организм беременной женщины, на формирование плода и органа зрения.

## ***Первичная постнатальная профилактика***

заключается в предупреждении расстройства зрения и заболевания глаз после рождения ребенка в течение всего периода детства. Она включает меры по охране здоровья детей, предотвращению у них развития инфекционных и системных заболеваний, созданию оптимальных гигиенических условий для зрительной работы и предупреждению повреждений органа зрения у детей.

**Вторичная профилактика.** Это система мер по охране зрения у детей при уже возникшем заболевании глаз. Успешное решение этой задачи во многом зависит от раннего выявления, правильного распознавания и активного профилактического лечения таких заболеваний.