

чале возникла на стороне вмешательства. Однако избирательное вовлечение одних лишь камбаловидных мышц выявляло их особую уязвимость под влиянием омнопона.

УДК 617.751.6+617.758.1]08

Л. М. Веселова (Бугульма, ТАССР). Опыт организации лечения косоглазия и амблиопии у детей

В Бугульме в 1978 г. при детском комбинате № 34 (зав. Р. Н. Якимова) были организованы специализированные группы для лечения детей с косоглазием и амблиопией. Показаниями к лечению были все виды содружественного косоглазия с амблиопией средней и высокой степени с любым видом фиксации.

Анализ эффективности лечения у 80 детей, находившихся в специализированных группах от 6 мес до 2 лет, показал следующее.

Детей с аккомодационным косоглазием было 52, с неаккомодационным — 28, со сходящимся косоглазием — 78, расходящимся — 2. Гиперметропия и гиперметропический астигматизм констатированы у 79, эметропия — у одного ребенка. Неправильная фиксация была у 20, правильная — у 60 детей.

В результате лечебных мероприятий острота зрения амблиопичного глаза значительно повысилась у 77 детей, незначительно — у 3, у которых косоглазие было с рождения, а лечение начато в 4—5-летнем возрасте. При поступлении детей острота зрения у 23 составляла 0,1—0,2; после лечения с таким зрением осталось 3 ребенка.

Кроме того, острота зрения другого глаза у большинства детей также значительно улучшилась. Нецентральная фиксация, наблюдавшаяся у 20 детей, переведена в центральную у 14, неустойчивую — у 4, осталась без изменений — у 2. Угол косоглазия исчез у всех 52 детей с аккомодационным косоглазием. У детей с неаккомодационным косоглазием ортофория достигнута у 9 из 28 только ортоптическим лечением; у 14 произведено оперативное вмешательство; у 2 угол косоглазия уменьшился до 10° , у 3 — до 15° .

Бинокулярное зрение развито у 25 детей, одновременное — у 29, осталось монолатеральным — у 26. Детей дошкольного возраста с одновременным или неустойчиво бинокулярным зрением после выписки из спецгрупп долечивали амбулаторно.

Таким образом, специализированные группы в общих детских садах являются эффективной формой лечения детей с косоглазием и амблиопией.

УДК 616.899.5—079

Н. А. Сергеева (Казань). Фенилкетонурия среди учащихся вспомогательных школ

Известно, что у детей с диагнозом «недифференцированная олигофрения», составляющих значительную часть контингента вспомогательных школ, нередко олигофрения обусловлена различными нарушениями обмена. В настоящее время количество нозологических единиц, связанных с такими сдвигами, постоянно увеличивается. Одним из патологических состояний, приводящих к расстройствам психомоторного развития, является фенилкетонурия (ФКУ), или пировиноградная олигофрения.

ФКУ — это моногенное заболевание, вызванное точечной мутацией в гене, ответственном за синтез фермента фенилаланин-4-гидроксилазы. Среди умственно отсталых она встречается с частотой до 1%, причем среди глубоко отсталых — до 6%.

Поскольку эта патология при своевременной диагностике и правильном лечении не приводит к олигофрении, задача по выявлению носителей патологического гена является актуальной в плане профилактики распространения этого заболевания в Татарии.

К моменту начала обследования с диагнозом ФКУ в медико-генетическом кабинете РКБ на учете находилось 11 больных в возрасте от 2 до 10 лет, причем один ребенок был из Казани, остальные — из районов ТАССР.

На 1-м этапе мы поставили своей задачей выяснить число больных ФКУ среди учащихся вспомогательных школ г. Казани и детских домов-интернатов для умственно отсталых детей.

Материалом для исследования являлась свежесобранная моча больных, с которой проводили 1) пробу Феллинга с 10% раствором хлорного железа, 2) качественный тест на α -аминоазот, 3) тонкослойную хроматографию на силикагеле для полуколичественного определения фенилаланина, выделяемого с мочой.

Обследован 1531 человек в возрасте от 7 до 15 лет из 3 вспомогательных школ-интернатов и 4 вспомогательных школ. Выявлено 2 случая атипичной ФКУ (0,13%). Другую группу (296 чел.) такого же возраста составлял контингент детских домов инвалидов. Среди них было выявлено 5 случаев классической ФКУ (1,7%).

Клиника: бледная сухая кожа, часто с явлениями пеллиоза на щеках, разгибательных поверхностях конечностей, на спине. Цвет волос — от светлого до темно-русого, у одной больной огненно-рыжий. Цвет глаз — от голубого до темно-карего с преобладанием голубого.

Неврологический статус: высокие сухожильные рефлексы, гиперкинезы, атаксия; у 3 больных положителен рефлекс Бабинского.