

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ.

Хамраева Л.С., Нарзуллаева Д.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ключевые слова: врожденная катаракта, интраокулярная линза, интраоперационные осложнения.

Актуальность. Врожденная катаракта (ВК) является наиболее распространенной причиной излечимой детской слепоты. На ее долю приходится 5-20% случаев слабослышания и слепоты во всем мире, при этом высокий процент отмечен в развивающихся странах [6]. Врожденные помутнения хрусталика встречаются в 1-10 случаях на 10000 детей, у 30,1 % — 83,5 % пациентов сочетаются с самой разнообразной врожденной патологией глаза — косоглазием, нистагмом, микрофтальмом, микрокорнея, аниридией и другими аномалиями развития, что свидетельствует о частом поражении всего зрительного комплекса в период эмбриогенеза [1,3,5]. По данным Т.С Егоровой (2018) в РФ число детей – инвалидов по зрению на 2014 г. составляет 16 чел. на 10 тыс. соответствующего населения. Основными причинами инвалидности у детей являются: ретинопатия недоношенных (27%), аномалии рефракции (26%), врожденная катаракта (17%) и пороки развития [2]. ВК является причиной обскуриционной амблиопии (72.9%), поэтому раннее хирургическое вмешательство является необходимым условием реабилитации [4]. Детям с ВК необходимо проводить медицинскую, психолого-педагогическую реабилитацию, а также абилитацию. При этом значимым является осуществление социально-бытовой ориентации, элементарной абилитации, овладение totally слепыми и детьми с остаточным зрением таким запасом знаний и умений, которые могут обеспечить им личную самостоятельность в школе и в кругу семьи [2]. На сегодняшний день высокотехнологичным методом лечения ВК у детей является ее удаление с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ).

Цель. Представить клинико-функциональные показатели глаз у детей с врожденными катарактами после имплантации ИОЛ.

Материал и методы. Обследование проводилось в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. В исследование включены 50 (86 глаз) детей в возрасте от 7 месяцев до 12 лет с врожденной катарактой, из них 18 девочек (36 %) и 32 мальчика (64 %), у 36 (72%) пациентов диагностирована двухсторонняя ВК, у 14 (28%) — односторонняя ВК. Всем детям проведены следующие офтальмологические методы исследования: визиометрия, биомикроскопия, кераторефрактометрия, ультразвуковое исследование глазного яблока (А, В-сканирование, УБМ угла передней камеры), офтальмоскопия. В плане предоперационной подготовки проводили клинические, лабораторно-инструментальные исследования (биохимический анализ крови, мочи, кала), ЭКГ, ЭхоКГ, НСГ, ЭЭГ, консультации смежных специалистов (педиатр, невролог, кардиохирург, ЛОР, анестезиолог). Расчет преломляющей силы ИОЛ высчитывали по формуле SRK, SRKII с учетом гипокоррекции рефракции, соответственно возрасту ребенка (по Рупал Х.Триведи и соавт., 2006).

Результаты и обсуждение. Больные поступали с жалобами на косоглазие, изменение цвета зрачка, нистагм, снижение остроты зрения. Проведенный анализ анамнестических данных выявил среди обследованных пациентов преобладание детей от родственников

браков (82%), при этом 44% детей рождены от близкородственных браков. В 62% случаях матери перенесли TORCH инфекции в первом триместре гестации. В ходе обследования офтальмологического статуса в 51 % случаях диагностированы сопутствующие врожденные аномалии органа зрения, среди них косоглазие составило 14 % , нистагм-11.6%, микрофтальм I-II степени -9.2%, гипоплазия диска зрительного нерва и макулы III степени-7%, миопия высокой степени-4.6%, микрокорнеа-4.6% соответственно. В соматическом статусе также отмечены изменения: перинатальная патология нервной системы (55%), врожденные пороки сердца: дополнительная хорда, открытое овальное окно (4%), анемия 1 степени (11%).

Детям был проведен комбинированный эндотрахеальный наркоз. Для премедикации использовались Димедрол 1% и Атропин сульфат 0.1%; при индукции в 45% случаях применяли сочетание Сибазона 0.5%, Натрия оксибутират (ГОМК) и Кетамина 5%. В 55% случаях (у детей с перинатальной патологией ЦНС)использовался Фентанил 0,005%. Поддержание наркоза проводилось Галатаном 0,5-1.0 об.%. Длительность операций варьировала от 25 до 70 минут.

Больным под интубационным наркозом производилась экстракция катаракты методом ирригации-аспирации при помощи Simkoe и факоаспирации (факомашина "MegatronS4") с первичной (68%) и вторичной (32%) имплантацией сферо-сферичных моноблочных мягких ИОЛ модели AlconIQAcrySof, OcuFlex. Указанные линзы являются предпочтительными для детских глаз. Хирургический доступ тоннельный.Линза имплантировалась в капсульный мешок или цилиарную борозду. Параметры передне-задней оси глаз (ПЗО) находились в диапазоне от 18.1мм до 24.16мм. Кератометрические показатели варьировали от +40.54 до +45.65D, нужно отметить, что у детей грудного и младшего возраста, при невозможности проведения кератометрии, показатели преломляющей силы роговицы определялись согласно возрастной норме.Преломляющая сила ИОЛ находилась в пределах от + 16.0 до + 32.5 дптр.

Клинические исходы хирургического лечения оценивались по наличию интра- и послеоперационных осложнений, показателям биомикроскопии, визиометрии при выписке.У обследуемых больных в 14% случаях отмечались интраоперационные осложнения, такие как разрыв задней капсулы (8%), гифема (6%), при этом проводилась частичная витреоректомия, введение вискоэластика, промывание передней камеры.В 81% случаях имплантация ИОЛ осуществлялась интракапсулярно, в 19%- в "Bag-sulcus". В 14% случаях производился запланированный задний капсулорексис с передней частичной витреоректомией.

Осложнения после операции отмечены у 10 (11,6%) пациентов, из них выпот фибрина на ИОЛ у 6 (7%), отек роговицы у 4 (4,6%). Указанные изменения купировались медикаментозно в течении 2-3 суток. При отеке роговицы однократно инстиллировались глазные капли 0,25% арутимолла. Всем детям после операции также назначались инстилляции антибактериальных и глюкокортикостероидных средств, в том числе и комбинированных, в зависимости от возраста детей на момент операции. С целью профилактики образования задних синехий применялось закапывание мидриатика короткого действия. При формировании задних синехий или появлении фибрина в передней камере в раннем послеоперационном периоде использовались фибринолитические препараты.

Средняя продолжительность стационарного лечения у обследуемых пациентов составила 5,5 суток. Положение ИОЛ было центральным, форма зрачка правильная. Динамическая рефракция на артифактных глазах находилась в пределах + 1,0 - +2,0 дптр.Показатели остроты зрения были следующие: в 95% случаях отмечено улучшение зрительных функций, в 5%-острота зрения не изменилась.При врожденных двухсторонних катарактах острота зрения после лечения к моменту выписки повысилась в среднем от pr.l.certae до 0,1; при

односторонних - от pr.l.certa до 0,01, и, к сожалению, в виду наличия недоразвития зрительного нерва и макулярной области зрительные функции остались без изменений. Все пациенты выписались из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями амбулаторного лечения (режим закапывания глазных капель, зрительных нагрузок, при необходимости очковая докоррекция), диспансерного наблюдения по месту жительства.

Выводы. 1. Падаящая микрохирургическая техника удаления ВК с использованием мягких сферо-сферичных моноблочных ИОЛ у детей в разных возрастных группах снижает риск интра- и послеоперационных осложнений. 2. Наиболее высокие показатели остроты зрения после лечения зарегистрированы у детей с двухсторонними ВК, низкие - с односторонними ВК. 3. Проведенная хирургия ВК с имплантацией ИОЛ создает условия для осуществления в перспективе комплекса мер психолого-педагогической реабилитации, абилитации, ускоряющих адаптацию детей в социуме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва. Н.Ф. Классификация врожденных катаракт (клинико- хирургическая). Российская педиатрическая офтальмология. 2012;2: 52.
2. Егорова Т.С. Значение индивидуальной программы реабилитации (абилитации) для детей – инвалидов по зрению. Российский офтальмологический журнал. 2018; 11(1): 67-73.
3. Сенченко Н. Я. Патогенетическое обоснование принципов хирургической коррекции посттравматической и послеоперационной афакии у детей: автореф. дисс. канд. мед. наук — М., 2005. 18 с.
4. Чупров А.Д., Борщук Е.Л., Воронина А.Е. Некоторые аспекты лечения амблиопии у детей. Российский офтальмологический журнал. 2018; 11(1): 24-29.
5. Шиловских О. В. Клиника, диагностика и дифференцированная тактика хирургического лечения врожденных эктопий хрусталика: дисс. канд. мед. наук. М., 2006. 98 с.
6. Vasavada AR, Nihalani BR. Pediatric cataract surgery. Curr Opin Ophthalmol 2006 Feb;17 (1): 54-61.

РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты экстракции врожденной катарактой с имплантацией ИОЛ у 50 (86 глаз) детей в возрасте от 7 месяцев до 12 лет. У обследуемых больных отмечались интраоперационные осложнения, такие как разрыв задней капсулы (8%), гифема (6%), послеоперационные: выпот фибрина на ИОЛ (7%) и отек роговицы (4,6%). При врожденных двухсторонних катарактах после лечения острота зрения повысилась в среднем от pr.l.certa до 0,1; при односторонних - от pr.l.certa до 0.01.

ХУЛОСА

БОЛАЛАР ТУҒМА КАТАРАКТАСИДА ИНТРАОКУЛЯР ЛИНЗА ИМПЛАНТАЦИЯСИНИНГ КЛИНИК НАТИЖАЛАРИ

Хамраева Л.С., Нарзуллаева Д.У.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ушбу мақолада 7 ойликдан 12 ёшгача бўлган 50 (86 кўз) болаларда туғма катарактани жаррохлик йули билан даволаш ва сунъий гавхар имплантацияси натижалари тақдим этилди.

Тахлил натижасида қуйидаги интраоперацион соратлар аниқланди: орқа капсула ёрилиши (8%), гифема (6%); операциядан кейинги: сунъий гавхарда фибрин хосилбулиши (7%) ва шохпардашилиши (4,6%). Туғма икки томонлама катаракталарда кўриш ўткирлиги pr.l.certa дан 0.1 гача ва бир томонлама катаракталарда pr.l.certa дан 0.01 гача бўлган кўрсаткичлар аниқланди.