

ПРИГЛАШАЕМ К ДИСКУССИИ

© Т. Б. КРУГЛОВА, А. В. ХВАТОВА, 2013

УДК 617.741-004.1]:005

Т. Б. Круглова, А. В. Хватова

К ДИСКУССИИ ПО СТАТЬЕ Н. Ф. БОБРОВОЙ «КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ КАТАРАКТ (КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ)», ОПУБЛИКОВАННАЯ В № 2, 2012

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

CONTRIBUTING TO THE DISCUSSION OF THE PAPER «CLASSIFICATION OF CONGENITAL CATARACTS» BY N.F. BOBROVA

T.B. Kruglova, A.V. Khvatova

Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases

Проблема медицинской и социальной реабилитации детей с врожденными катарактами до настоящего времени является одной из наиболее актуальных, учитывая относительно высокую частоту их рождаемости в мире и значительную частоту заболевания в структуре слепоты (до 10,0%) и слабости зрения (от 10,0 до 19,5%).

Более 50 лет отдел патологии глаз у детей ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» активно занимается проблемой диагностики, лечения и реабилитации детей с врожденными катарактами в возрасте от 1 мес до 18 лет, что позволило значительно улучшить функциональные результаты лечения и уменьшить инвалидность по зрению в связи с данной патологией.

В 1982 г. проф. А. В. Хватовой была разработана и внедрена в практику классификация врожденных катаракт, широко применяемая детскими офтальмологами Российской Федерации и по настоящее время, основанная на детальной всесторонней морфофункциональной характеристике измененного хрусталика с учетом интенсивности, формы и локализации помутнения, наличия сопутствующей глазной и общесоматической патологии. Продолжением научных исследований данной проблемы явилась работа Т. Б. Кругловой (1996), изучавшей нейрофизиологические механизмы развития зрительного анализатора у детей в условиях депривации, которая позволила определить чувствительный период развития зрения, оптимальные сроки проведения ранних операций, ограниченные первым полугодием жизни ребенка, и формы врожденных катаракт, требующие раннего хирургического вмешательства. В последние годы в условиях применения современных методов диагностики и лечения в отделе разработаны и внедрены в широкую офтальмологическую практику технологические приемы проведения различных этапов экстракции врожденных катаракт, создающие оптимальные условия для внутрикапсулярной имплантации гибких интраокулярных линз (ИОЛ), и определены показания к ранней интраокулярной коррекции, показана их эффективность.

В связи с вышеизложенным предложенная Н. Ф. Бобровой классификация врожденных катаракт вызвала большой интерес и оживленное обсуждение специалистов отдела. В порядке дискуссии можно высказать ряд соображений по некоторым положениям предложенной Н. Ф. Бобровой классификации, которая, по мнению автора, позволит унифицировать многообразие врожденной патологии хрусталика и ориентироваться врачу по срокам и тактике хирургического вмешательства с планированием визуального прогноза. Однако, учитывая выраженный клинико-функциональный полиморфизм врожденных катаракт, возможное сочетание различных клинических изменений характера помутне-

ния и форм хрусталика (полная, молокообразная формы с переднекапсулярной, с задним лентиконусом, атипичные катаракты, встречающиеся, по нашим данным, несколько чаще — до 75% и др.) считаем нецелесообразным вносить в классификацию хирургические аспекты данной проблемы, жестко увязывая клинические формы катаракты с характером оперативного вмешательства, тем более что любая операция носит индивидуальный характер, в ходе которой могут вноситься коррективы в проведение различных этапов. Необходимо также учитывать и то, что методы хирургического лечения катаракт, в том числе и врожденных, постоянно меняются за счет внедрения новых технологий.

Не совсем ясно, почему автор вносит все частичные формы помутнения хрусталика в группу «слоистые», а не наоборот, что было бы логичнее, хотя и такие изменения существенно не влияют на определение лечебной тактики и прогноза заболевания. На наш взгляд, правильнее этот момент отражен в классификации А. В. Хватовой, в которой разделение на частичные или полные катаракты характеризует степень помутнения хрусталика, а на зонулярные, ядерные и др. — клинические формы. Также вызывает сомнение целесообразность объединения всего многообразия клинических форм только в 3 группы, так как классификация имеет в основном диагностическое значение и должна содержать все возможные моменты (характер помутнения, форма и объем хрусталика, сопутствующая патология и др.), позволяющие определять оптимальные сроки хирургического вмешательства, особенно у детей первых месяцев жизни, объем хирургического вмешательства, возможность ранней интраокулярной коррекции и функциональный прогноз лечения.

На основании накопленного в отделе за последние годы опыта обследования и лечения детей с врожденной катарактой с использованием современных методов диагностики, визуализации и лечения нами была проведена работа по усовершенствованию имеющейся классификации врожденных катаракт А. В. Хватовой с целью адаптации ее к современным высокотехнологичным методам диагностики и хирургии, учитывающей оптимальные дифференцированные сроки удаления врожденной катаракты, тактику и методику проведения операции и показания к имплантации ИОЛ у детей первого года жизни, которая будет представлена в следующем номере журнала.

Поступила 28.12.12

Сведения об авторах: *Круглова Т. Б.*, д-р мед. наук, гл. науч. сотр. отд. патологии глаз у детей МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца; *Хватова А. В.*, д-р мед. наук, проф. отд. патологии глаз у детей МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Для контактов: *Круглова Татьяна Борисовна*, 105062, Москва, Садовая-Черногрозская, 14/19. Телефон: 8-903-153-59-13.