



Н.Я. СЕНЧЕНКО

Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ

Хирургическая реабилитация детей с осложненной увеальной катарактой

Сенченко Надежда Яковлевна

кандидат медицинских наук, заведующая 1-м офтальмологическим отделением

664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, д. 337, тел. (3952) 56-41-07, e-mail: shishkinamntk@mail.ru

Разработана технология хирургического лечения осложненной катаракты у детей с увеитами, которая обеспечивает снижение интра- и послеоперационных осложнений и тем самым повышает эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов данной категории. По предложенной технологии прооперировано 15 детей в возрасте от 5 до 18 лет, в 74% случаев получены удовлетворительные функциональные результаты.

Ключевые слова: дети, катаракта, увеит.

N.Y. SENCHENKO

Irkutsk branch IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF

Surgical rehabilitation of children with complicated uveal cataract

The method of surgical treatment of complicated cataract in children with uveitis was developed. It reduces the intra— and postoperative complications and increases the efficacy of rehabilitation measures in patients of this category. 15 children at the age of 5-18 years were operated by proposed method. The satisfactory functional results were achieved in 74% of cases.

Keywords: children, cataract, uveitis.

УДК 617.741-004.1:617.721.6-053.2-089

Хирургическое лечение осложненной катаракты у детей, развившейся вследствие увеита, является серьезной проблемой. Это обусловлено как сложностью исходного состояния глаза, так и высокой частотой осложнений хирургических вмешательств, что ставит под сомнение целесообразность применения данного метода лечения [1-3].

Традиционная хирургическая тактика при экстракции увеальной катаракты предусматривает удаление окклюзионной пленки зрачка, рассечение на всем протяжении передних и задних плоскостных синехий, а также полное или частичное удаление капсульного мешка, который, как правило, прочно сращен с радужкой, а, нередко, и со стекловидным телом [4-7]. В этих случаях в ходе операции наблюдаются кровотечения различной интенсивности, возникают дефекты радужки, разрывы сфинктера зрачка, выпадение стекловидного тела и др. повреждения. Кроме того, интенсивные манипуляции на реактивных структурах глаза, как правило, приводят к активизации воспалительного процесса, в исходе которого формируются новые фиброзные пленки в области зрачка, развивается бомбаж радужки и вторичная глаукома. У детей, в связи с выраженными гиперергическими реакциями, характерными для этого возрас-

та, послеоперационный период протекает особенно тяжело, при этом, кроме пролиферативных изменений в переднем сегменте глаза, нередко наблюдаются такие осложнения, как кистовидный макулярный отек, фиброз стекловидного тела, отслойка сетчатки и субатрофия глаза [8-10].

Учитывая высокую частоту осложнений, большинство авторов считает, что увеальная катаракта у детей создает не только серьезные препятствия для хирургии хрусталика, но и для имплантации интраокулярной линзы, так как помимо сложностей хирургической техники и течения послеоперационного периода, возникают проблемы рефракционной коррекции растущего глаза, амблиопии, помутнения задней капсулы хрусталика и др. [11, 12].

Важно отметить, что применение современных технологий хирургии катаракты (факоаспирация) и эластичных интраокулярных линз (ИОЛ) на фоне активной противовоспалительной терапии, проводимой в пред- и послеоперационном периоде у таких детей, дает обнадеживающие результаты, однако процент неудовлетворительных исходов операций остается высоким [13-15]. Вместе с тем, прогрессирующее снижение зрительных функций, приводящее к социальной дезадаптации



маленьких пациентов, требует внедрения более эффективных методов их хирургической реабилитации.

Цель

Оценить клиническую эффективность разработанной технологии хирургического лечения детей с увеитами, осложненными катарактой.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 15 детей в возрасте от 5 до 18 лет с осложненной катарактой, развившейся вследствие хронического системного ювенального системного артрита (ЮРА) или перенесенного инфекционного (бактериального) увеита (соответственно, 53 и 47%). Обследование детей включало офтальмологические (визометрия, кераторефрактометрия, биометрия, тонометрия, электроретинография, оптическая когерентная томография, ультразвуковая биомикроскопия, регистрация зрительных вызванных потенциалов) и иммунологические методы исследования (ИФА, иммунограмма 1 и 2 уровня в динамике).

Во всех случаях помутнения в хрусталике сочетались с обширными задними плоскостными синехиями, прехрусталиковой фиброзной пленкой, нередко с лентовидной дегенерацией роговицы и нарушением прозрачности стекловидного тела разной интенсивности. Кроме того, у 2 пациентов ранее диагностирована вторичная глаукома (компенсированная гипотензивными препаратами). У 3 детей выявлен умеренный бомбаж радужки на фоне полной окклюзии зрачка. Детальная биомикроскопия хрусталика у всех пациентов была затруднена из-за наличия фиброзной пленки в области зрачка разной плотности и цвета (от полупрозрачного серого до интенсивно белого).

Острота зрения до операции варьировала от светоощущения с правильной проекцией до 0,05, коррекция отсутствовала. Операции проводили при отсутствии рецидивов внутриглазного воспаления в течение 6 месяцев при удовлетворительных иммунологических показателях на фоне иммуносупрессивной терапии.

Оперативные вмешательства включали следующие этапы. Первоначально формировали основной разрез роговицы шириной 1,8 мм и 2 дополнительных корнеоцентаза по 1,2 мм. Передняя камера заполнялась вискоэластиком Provisc. С помощью канговых инструментов и специально разработанных нами приемов фиброзную мембрану последовательно отделяли от зрачка и иссекали. Затем формировали передний капсулорексис в пределах зрачка без устранения задних плоскостных синехий. Далее выполняли факоаспирацию (аппарат Infiniti, Alcon) и имплантацию ИОЛ Acrysof IQ (Alcon) в капсульный мешок по стандартной технологии. Во всех случаях формировали задний капсулорексис, размер которого был ограничен диаметром зрачка. При интенсивном помутнении стекловидного тела проводили заднюю витрэктомию через порты 25G или 27G.

На заключительном этапе операции для профилактики геморрагических и воспалительных осложнений в переднюю камеру вводили стерильный воздух, растворы дицинона и дексаметазона, парабульбарно производили инъекцию раствора дипроспана 0,3-0,5 мл, внутривенно — растворы дексаметазона (0,02 мг/кг) или преднизолон (2 мг/кг).

Результаты

В ходе операций отмечали небольшие геморрагии во время удаления окклюзионной пленки. В раннем послеоперационном периоде в ряде случаев наблюдали слабо выраженные явления экссудации в виде единичных нитей фибрина в области зрачка и офтальмогипертензию, которые были купированы повышением дозы иммуносупрессоров и гипотензивных препаратов.

В отдаленном периоде у 2 детей сформировалась окклюзионная пленка в области зрачка, вследствие чего развился бомбаж радужки. Осложнения были устранены путем лазерной дисцизии фиброзной зрачковой пленки и иридэктомии. Острота зрения после операции в 74% случаев увеличилась и составила в среднем с коррекцией $0,2 \pm 0,02$ ($p < 0,05$). У 26% детей зрительные функции не изменились ввиду необратимых дистрофических изменений сетчатки в макулярной области или амблиопии.

Выводы

Предложенная технология хирургического лечения осложненной катаракты у детей с хроническими или перенесенными увеитами обеспечивает в большинстве случаев повышение зрительных функций и минимальное количество осложнений, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тейлор Д., Хайт К. Детская офтальмология. — М.: БИНОМ, 2007. — 246 с.
2. Катаргина Л.А., Денисова Е.В., Старикова А.В. и др. Современные стратегии лечения эндогенных увеитов // Невские горизонты — 2010: материалы науч. конф. — СПб: СПб ГПМА, 2010. — С. 238-246.
3. Балашевич Л.И., Шухаева Е.Н. Современные технологии хирургии катаракты. — М.: Медицина, 2000. — 217 с.
4. Шиловских О.В., Сафонова О.В., Иванова М.В. Метод хирургического лечения катаракты при хронических вялотекущих увеитах // Материалы 5-й евроазиатской конференции по офтальмохирургии. — Екатеринбург, 2009. — С. 330.
5. Murta J.N., Quadrado, Cavaleira F. Cataract surgery in children with uveitis // XX Congress of the ESCRS: Abstracts. — Nice, 2002. — P. 179.
6. Shilovskikh O.V., Strenov N.V. A technology of cataract surgery with anterior vitrectomy in complicated cataract // XX Congress of the ESCRS: Abstracts. — Nice, 2002. — P. 295.
7. Тахчиди Х.П., Егорова Е.В., Толчинская А.И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт. — М.: Новое в медицине, 2004. — 176 с.
8. Иошин И.Э., Толчинская А.И., Калинин Ю.Ю. и др. Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факоэмульсификации осложненных катаракт // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2010. — Т. 10, № 4. — С. 38-40.
9. Катаргина Л.А., Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. — М.: Медицина, 2000. — 320 с.
10. Панченко Н.В. Состояние клеточного иммунитета при эндогенных увеитах, осложненных увеальной катарактой // Офтальмологический журнал. — 2000. — № 2. — С. 54-56.
11. Комиссарова Т.В. Интраокулярная коррекция афакии после экстракции увеальных катаракт: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 26 с.
12. Спэлтон Д.Дж. Атлас по клинической офтальмологии / пер. с англ., под общей ред. А.Н. Амирова. — М.: МЕДпресс-информ., 2007. — 724 с.
13. Тахчиди Х.П., Егорова Е.В., Толчинская А.И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт. — СПб: Наука, 2000. — 666 с.
14. Ковалевская М.А., Щепетнева М.А., Филина Л.А. Эффективность предоперационной подготовки при факоэмульсификации осложненной увеальной катаракты // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: Материалы конф. — М., 2007. — С. 32.
15. Краюшкина В.Ф. Клинико-иммунологические критерии в диагностике и лечении увеитов у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1981. — 24 с.