

**Азнабаев М.Т., Зайдуллин И.С.,
Азнабаев Р.А.**

Уфимский НИИ глазных болезней, Уфа

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА У ДЕТЕЙ

Представлены результаты хирургического лечения 41 ребенка (41 глаз) в возрасте от 1 месяца до 5 лет с первичным персистирующим гиперпластическим стекловидным телом. Ранняя первичная имплантация ИОЛ у детей с первичным персистирующим гиперпластическим стекловидным телом позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов. При синдроме ППГСТ, сочетающемся с микрофтальмом 3-й степени, оперативные вмешательства в грудном возрасте сопряжены с риском развития осложнений и низкими функциональными результатами, поэтому необходим индивидуальный подход к их проведению.

Актуальность

В отношении сроков оперативных вмешательств и возможности достижения функциональных результатов при синдроме первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела (ППГСТ) существуют противоположные точки зрения. Так, Nankin SJ, Scott WE, 1977, Silbert M, Gurwood AS., 2000 отмечают необходимость раннего хирургического вмешательства для сохранения глаза как органа и предупреждения развития глубокой депривационной амблиопии.

В то же время ряд других авторов придерживается иной точки зрения – хирургическое лечение и терапия амблиопии не дают удовлетворительных функциональных результатов [2, 3, 7], вследствие этого хирургическое вмешательство должно предприниматься с большой предосторожностью (Meisels H.I., Goldberg M.F., 1979). По мнению Pollard Z.F. (1997), при синдроме ППГСТ необходимо ограничиться лечением глаукомы.

Цель

Изучить результаты хирургического лечения детей младшего возраста с синдромом первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела.

Материал и методы

Нами наблюдался 41 ребенок (41 глаз) в возрасте от 1 месяца до 5 лет с помутнением зад-

ней капсулы хрусталика (рис. 1) и наличием шнура гиалоидной артерии, идущего от области помутнения задней капсулы к диску зрительного нерва (рис.2). Первую группу (с имплантацией ИОЛ) составили 12 детей (12 глаз). Возраст детей в момент операции от 4 до 12 месяцев – 8 детей, от 13 до 36 месяцев – 4 ребенка.

Срок наблюдения после операции – от 1 до 7 лет. Имплантировались гибкие хрусталики: «Acrysof» MA 60ДВ, «Acrysof» SN60AT, «Centerflex» 570НМ. Из сопутствующих осложнений у 9 детей отмечалось наличие косоглазия. В 8 случаях имела микрокорнея с уменьшением диаметра роговицы на 0,5 -0,8 мм по сравнению с парным глазом, микрофтальм с уменьшением размеров переднезадней оси глаза (ПЗО) на 1,0–2,5 мм выявлен у 6 детей.

Вторую группу составили 18 детей (18 глаз), оперированных в возрасте от 2 месяцев до 5 лет (без имплантации ИОЛ) с последующей коррекцией афакии мягкими контактными линзами. Возраст детей в момент операции: от 2 до 12 месяцев – 7 детей (7 глаз), от 13 месяцев и старше – 11 детей (11 глаз). Сопутствующие осложнения в этой группе – у 11 детей отмечалось наличие косоглазия, в 10 случаях имела микрокорнея.

Третья группа – 11 детей (11 глаз) в возрасте от 1 до 16 месяцев с микрофтальмом 3 степени (уменьшение ПЗО на 3-5 мм по сравнению с возрастной нормой) с коррекцией афакии мягкими контактными линзами. Возраст детей в момент операции от 1 до 12 месяцев – 8 детей (8 глаз), от 13 до 16 месяцев – 3 (3 глаза). У 1 ребенка до операции выявлена вторичная глаукома, потребовавшая проведения антиглаукоматозной операции, через три месяца проведено удаление хрусталика и ретрохрусталиковой мембраны со шнуром гиалоидной артерии.

Техника операции

Первая группа. Операция проводилась через роговичный или склерокорнеальный тоннель. После расширения зрачка производился круговой непрерывный капсулорексис, аспирация хрусталиковых масс, имплантация гибкой ИОЛ интракапсулярно. Затем, в зависимости от предпочтений хирурга, дальнейшие манипуляции осуществлялись через роговичный тоннель или проводился дополнительный трансклиарный разрез в 2,0-3,0 мм от лимба (в за-

висимости от длины переднезадней оси глаза). Вводилась инъекционная игла, острием которой формировалось отверстие в уплотненной задней капсуле путем последовательных проколов вокруг места прикрепления шнура гиалоидной артерии. Наконечником для эндокоагуляции производилась коагуляция ветвей функционирующей гиалоидной артерии. Микроножницами разделялись сращения стекловидного тела с удаляемой частью шнура гиалоидной артерии, затем шнур пересекался в 4-6 мм от плоскости задней капсулы хрусталика и удалялся микропинцетом. Завершалась операция передней витрэктомией. При удалении шнура гиалоидной артерии через роговичный тоннель диаметр переднего кругового непрерывного капсулорексиса должен быть больше 5 мм. Меньший диаметр капсулорексиса затрудняет проведение манипуляций по отделению и удалению части шнура гиалоидной артерии, также высока вероятность повреждения его края режущим инструментом.

Группы сравнения. Техника операции не отличалась от основной группы, за исключением имплантации ИОЛ.

Результаты и обсуждение

Одним из частых осложнений при пересечении шнура необлитерированной гиалоидной артерии является кровотечение в полость стекловидного тела [3, 8]. Данное осложнение наблюдалось нами в первой группе в двух случаях. У ребенка, оперированного в 4-месячном возрасте, после пересечения шнура гиалоидной артерии наблюдалось небольшое кровотечение, прекратившееся после введения замещающего раствора и соответственно повышения внутриглазного давления. В другом случае у ребенка, оперированного в 1 год, артерия находилась в толще грубого широкого шнура и поэтому не была коагулирована. После ее пересечения развился частичный гемофтальм, рассасавшийся только через 4 недели интенсивного лечения. В отдаленном послеоперационном периоде у этого же ребенка развился «захват» ИОЛ протяженностью от 11 до 1 часа, как следствие кровоизлияния в этом секторе.

Во второй группе в ходе операции в 7 случаях имело место незначительное кровотечение из сосудов в ретролентальной мембране. Оно останавливалось самопроизвольно или после

кратковременного создания внутриглазной гипертензии за счет интенсивной ирригации и не потребовало дополнительных манипуляций.

В третьей группе в 3-х случаях отмечалось кровотечение в передние слои стекловидного тела, в 2-х случаях ликвидированное бесследно, в 1 случае завершившееся частичным гемофтальмом.

В первой группе у двух детей (4 и 9 месяцев) на 5-7 послеоперационный день наблюдалась экссудативная воспалительная реакция I–II степени, купировавшаяся к выписке на 9-10 день.

Во второй группе воспалительных осложнений не наблюдалось. Одной из причин этого явилось отсутствие функционирующей гиалоидной артерии в шнуре гиалоидной артерии в этой группе, что значительно уменьшало объем манипуляций во время операции.

В раннем послеоперационном периоде в третьей группе в 2 случаях развился фибринознопластический иридоциклит, завершившийся сращением зрачка и зрачковым блоком. Для устранения последнего была проведена базальная иридэктомия с передней витрэктомией. В отдаленные сроки наблюдения у этих же детей в результате послеоперационного увеита в одном случае развилась субатрофия глазного яблока, в другом – швартообразование в стекловидном теле. Сходные результаты получены рядом авторов у детей с ППГСТ, сочетающимся с микрофтальмом 3 степени [3].

Острота зрения по таблице Орловой Е.М. определялась у детей в возрасте 3 лет и старше. Визуальные результаты в первой группе удалось оценить у 9 детей через 1 – 7 лет после операции. Острота зрения составила от 0,07 до 0,4 (в среднем, $0,17 \pm 0,016$). Сразу же после оперативного лечения у 4 детей, оперированных до 1 года, уменьшился угол косоглазия (рис. 3). Дети уже на 2-4 послеоперационный день позволяли проводить окклюзию парного здорового глаза на 3-4 часа и при этом свободно ориентировались, что также свидетельствовало о повышении остроты зрения.

Во второй группе остроту зрения удалось определить у 10 детей. Острота зрения с коррекцией менее 0,01 в поздние сроки наблюдения зафиксирована у 3-х детей, 0,02-0,08 – у 3 (3 глаза), 0,09-0,2 – у 4 детей (4 глаза) (в среднем, $0,065 \pm 0,018$).

В третьей группе функциональные результаты удалось оценить у 6 детей. Острота зре-

ния составила от 0,01-0,03 у 4 детей и правильная светопроекция у 2 детей.

Решающее влияние на визуальные результаты оказало наличие тяжелых изменений сетчатки и зрительного нерва, имевшиеся у большей части оперированных детей.

Заключение

Ранняя первичная имплантация ИОЛ у детей с первичным персистирующим гиперпластическим стекловидным телом позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов.

При синдроме ППГСТ, сочетающемся с микрофтальмом 3 степени, оперативные вмешательства в грудном возрасте сопряжены с риском развития осложнений и низкими функциональными результатами, поэтому необходим индивидуальный подход к их проведению.

Список использованной литературы:

1. Азнабаев М.Т., Казакбаев А.Г., Азнабаев Р.А. // Вестн. офтальмологии. – 1997. – №1. – С. 7-8.
2. Глинчук Я.И., Полин М.Г. // Вестн. офтальмологии. – 1986. – №1. – С. 30-31.
3. Хватова А.В., Судовская Т.В. //Детская офтальмология: Итоги и перспективы. – Материалы научно-практ. конф. – М. – 2006. – С. 6-80.
4. Alexandrakis G., Scott I.U., Flynn H.W. // Ophthalmology 2000. – Vol. 107. – P. 1068-1072.
5. Goldberg M.F. // Am. J. Ophthalmol. – 1997. – Vol. 124. – P. 587-626.
6. Karr D.J., Scott W.E. // Arch. Ophthalmol. – 1986. – Vol. 104. – P. 662-667.
7. Mittra R.A., Huynh L.T., Ruttum M.S., et al. // Arch. Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116. – P. 1190-1194.
8. Stark W.J., Lindsey P.S., Fagadau W.R., Michels R.G. // Ophthalmology. – 1983. – Vol. 90. – P. 452-457.

Агзамов М.К.

Кафедра нейрохирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербург

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 79 больных с гипертоническими внутримозговыми гематомами супратенториальной локализации в возрасте от 41 до 72 лет. Метод с использованием канюли позволил отказаться от открытых операций у большинства больных с латеральными и смешанными гематомами, составляющих основной контингент пациентов с гипертоническими гематомами, и позволил снизить послеоперационную летальность у этих больных на 7,2% и на 9,9% в целом.

Аннотация

Внутримозговые гипертонические кровоизлияния являются одной из наиболее распространенных и тяжелых форм сосудистой патологии головного мозга [1, 2, 3, 5, 10].

Наиболее сложными и дискуссионными являются вопросы хирургического лечения [4, 6, 9, 11, 13, 14].

Одним из направлений в улучшении помощи больным с внутримозговыми кровоизлияниями остается совершенствование и разработка новых устройств и минимально инвазивных методов хирургического лечения.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 79 больных с внутримозговыми гематомами супратенториальной локализации. Больные находились на лечении в отделении нейрохирургии Мариинской городской больницы г. Санкт-Петербурга (50 больных) и отделений нейрохирургии Самаркандского и Джизакского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (29 больных) в период с 2005 г по 2007 г.

В возрасте 41-50 лет было 29 больных, 51-60 лет – 37, 61-70 лет – 11, свыше 70 лет – 2 больных. Мужчин было 46, женщин – 33.

Основным этиологическим фактором во всех случаях являлась гипертоническая болезнь.