

нением БМА при лечении воспалительных заболеваний роговицы. Это проявляется в достоверном повышении прозрачности роговицы и повышении реальной или потенциальной (с коррекцией) остроты зрения. В большинстве случаев в отдаленные сроки БМА, как правило, замещался прозрачной роговицей. Кроме того, Аллоплант как биостимулятор запускал процесс регенерации нормальной роговицы, но лишь в отдаленные послеоперационные сроки.

Список использованной литературы:

1. Майчук Ю.Ф. Профилактика слепоты как следствие патологии роговицы // Вестн. Офтальмол. 1990, №3. С. 58-60.
2. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. М.: МедиаСфера. – 2002. – 312 с.
3. Степанов В.К. Особенности послойной кератопластики. Патология органа зрения // Сб. научных трудов. Куйбышев, – 1985. – С. 58-62.
4. Степанов В.К., Малов В.М., Иванов Д.В. Способ сквозной лечебной кератопластики при гнойных кератитах // Вестн. офтальмол. – 2005. – №4. – С. 43-44.
5. Шаимова В.А. Гнойные язвы роговицы (клиника, диагностика, лечение) // автореферат. канд. дисс. М. – 2000 – С.17-19.

**Канюков В.Н., Канюкова Ю.В.,
Кадникова О.В.**

**Оренбургский филиал ФГУ «МНТК
«Микрохирургия глаза» имени академика
С.Н.Федорова Росмедтехнологии», Оренбург**

ИАГ-ЛАЗЕРНАЯ ДИСЦИЗИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ

Представлены особенности ИАГ-лазерной дисцизии вторичных катаракт у детей. Проведен анализ результатов ИАГ-дисцизий у 98 детей. В результате установлено, что лазерная дисцизия вторичной катаракты, выполненная на Nd: YAG офтальмологической системе модели 3000 LE, – безопасна, высокоэффективна и позволяет повысить остроту зрения у детей со вторичной катарактой.

Актуальность

Врожденные катаракты остаются основной причиной развития слепоты и слабовидения в детском возрасте. Современные методы удаления катаракты с имплантацией искусственного хрусталика в большинстве случаев обеспечивают стабильную остроту зрения и бинокулярное восприятие, предупреждают инвалидность и способствуют социальной реабилитации. Учитывая, что глаз ребенка находится в

периоде незавершенного органогенеза, большинство детских офтальмохирургов предпочитают сохранять заднюю капсулу интактной. Однако в детском возрасте всегда остаются предпосылки для развития вторичной катаракты, что является одной из основных причин снижения зрения в послеоперационном периоде. Помутнение задней капсулы хрусталика диагностируется в 4,5 – 20% случаев, имеет тенденцию к росту со временем, прошедшим после операции, и практически у каждого четвертого пациента требует лазерной дисцизии для восстановления зрительных функций (Федоров С.Н., Егорова Э.В., 1992). У детей, по данным разных авторов, развитие вторичной катаракты регистрируется чаще – в 23,3 – 95% случаев (Зубарева Л. Н., Хватов В.Н., 1993).

В настоящее время ведется поиск способов профилактики вторичной катаракты. Предложенные фармацевтические и иммунологические методы не нашли широкого применения в клинике из-за недостаточной эффективности, сложности дозировки, побочных отрицательных эффектов (Birinci H., 1999; Hollick E., 2000).

По данным гистологических исследований (Голубева К.И., 1963; Пучковская Н.А., 1975), вторичные катаракты наиболее часто состоят из волокнистой соединительной ткани различной степени зрелости, остатков хрусталикового вещества и капсулы, пигментных включений, нередко содержат новообразованные сосуды. Для вторичных катаракт, развивающихся у детей, характерна пролиферация эпителия капсулы хрусталика с трансформацией ее в нежную волокнистую соединительную ткань, склонную к дистрофическим изменениям и гиалинозу (Хватова А.В., Арестова Н.Н., 1980).

Патогенез вторичных катаракт многообразен. Одной из основных причин образования их у детей является неполное удаление хрусталикового вещества и капсулы во время операции.

В формировании вторичной катаракты важную роль играет воспалительный процесс. Наличие в передней камере экссудата вместе с остатками хрусталикового вещества является основой для развития зрачковой мембраны.

Пигментные включения являются одним из часто выявляемых составных элементов вторичной катаракты. Это могут быть остатки разорвавшихся задних сращений или частички пигмента на поверхности пленки. Истинные

пигментные катаракты, возникающие вследствие пролиферации пигментного эпителия радужки и ресничного тела, у детей встречаются редко.

Форма вторичной катаракты, ее клинические особенности, остаточная острота зрения и степень ее снижения по сравнению с ранее достигнутой имеют важное значение при определении показаний к удалению катаракты и сроков проведения операции, выбора рациональной тактики и метода хирургического лечения.

Цель

Поиск наиболее эффективного метода хирургического лечения вторичной катаракты в детском возрасте.

Материал и методы

За 4 года в отделении лазерной хирургии и контактной коррекции зрения Оренбургского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии» выполнено 98 лазерных дисцизий у детей в возрасте от 1 до 18 лет. Все изменения задней капсулы в послеоперационном периоде условно были разделены нами на 3 группы в зависимости от состояния оптической зоны:

1. стабильное состояние с сохранением прозрачности;
2. регенераторная вторичная катаракта в виде напластований шаров Адамюка – Эльшница на прозрачной задней капсуле;
3. фиброз и помутнение самой задней капсулы с образованием пленки (Боброва Н.Ф., Хмарук А.Н., 2004).

Предоперационное обследование включало в себя: визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, ЭФИ (по показаниям).

Лазерная дисцизия вторичной катаракты производилась на Nd: YAG офтальмологической системе модели 3000 LE.

Для рассечения вторичной катаракты широко применяется Nd: YAG – лазер с длиной волны 1064 нм. Основными показаниями к ИАГ-лазерной капсулотомии являются:

1. Помутнение задней капсулы хрусталика, снижающее остроту зрения.
2. Полуассосавшаяся пленчатая катаракта.
3. Зрачковая мембрана.

К абсолютным противопоказаниям (при которых проведение вмешательства технически невозможно или ИАГ-лазерная задняя капсулотомия неизбежно будет сопровождаться серьезными осложнениями) относятся:

1. Помутнение роговицы.
2. Толщина зрачковой мембраны более 1,0 мм.
3. Выраженная неоваскуляризация зрачковой мембраны.
4. Некомпенсированная глаукома.
5. Воспалительный процесс переднего сегмента глаза.

Параметры ИАГ – лазерного излучения, применяемые при капсулотомии:

- Длина волны – 1,0645 мкм
- Угол конвергенции – 16 – 20°
- Диаметр пятна в фокусе – 15 – 30 мкм
- Длительность импульса – 10^{-8} – 10^{-12} с
- Энергия в импульсе – 0,6 – 3,0 мДж

Излучение ИАГ-лазера должно направляться строго коаксиально оптической оси глаза больного. При полном или частичном контакте зрачковой мембраны с интраокулярной линзой вмешательство следует проводить через специальную контактную линзу с дополнительной фокусирующей оптикой силой в 66 дптр. Необходима тщательная фокусировка на заднюю капсулу хрусталика. Воздействие начинается с применения низкой энергии лазерного излучения в импульсе 0,6–0,8 мДж, которая увеличивается постепенно до получения эффекта. Размер капсулотомического отверстия должен быть 2,0–2,5 мм в диаметре. Центр отверстия в зрачковой мембране должен совпадать с оптической осью глаза (Семенов А.Д., Магарамов Д.А., Крыль Л.А., 1989).

Схема проведения анестезии при лазерной дисцизии у детей включала премедикацию: атропин 0,1% – 0,1 мл на год жизни ребенка, мидазолам 0,08 – 1,2 мг/кг. Индукция – кетамин 5-7 мг/кг, при необходимости углубления анестезии используется болюсное введение пропофола 1,5 – 2 мг/кг. Во время анестезии проводится инсуффляция кислорода через носовой катетер 1-1,5 л/мин., мониторинг SpO₂, частоты сердечных сокращений, неинвазивное АД.

Результаты

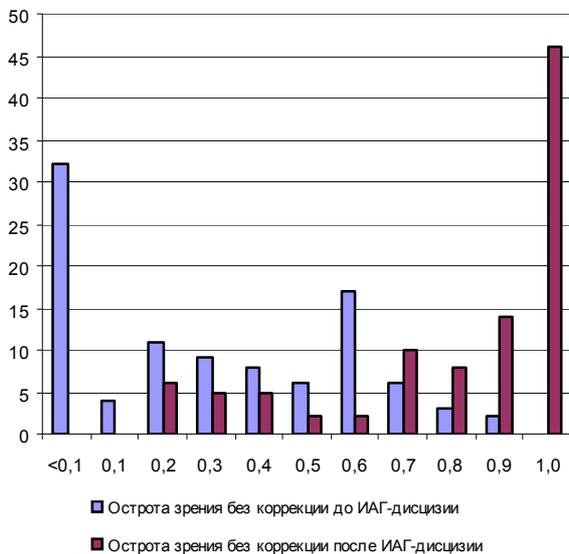
Во всех 98 случаях дисцизию удалось выполнить за 1 сеанс с применением известных

линейной, крестообразной или круговой методик. Параметры излучения: 3-55 импульса мощностью 0,5-1,2 мДж.

Обратил на себя внимание тот факт, что биомикроскопически определяемые как полупрозрачные, и тонкие мембраны, и задние капсулы часто оказывались значительно более лазеропрозрачными чем капсулы, которые выглядят мутными и толстыми.

Все пациенты перенесли лазерное лечение хорошо, случаев реактивного увеита, гипертензии и повреждения оптической части ИОЛ не было.

Повышение остроты зрения в результате лазерной дисцизии произошло во всех 98 случаях, минимально на 0,2, максимально на 0,7 в зависимости от исходного состояния сетчатки, зрительного нерва и стекловидного тела.



Послеоперационное лечение: Дикло-Ф и ципромед по 1 капле 4 раза в день 7 дней.

Заключение

Таким образом, лазерная дисцизия вторичной катаракты у детей, выполняемая на Nd: YAG офтальмологической системе модели 3000 LE, остается наиболее эффективным, в абсолютном большинстве случаев, методом удаления вторичной катаракты, предупреждает инвалидность и способствует социальной реабилитации.

Список использованной литературы:

1. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Толчинская А.И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненной катаракты. – М., 2004. – С.143.

2. Боброва Н.Ф., Хмарук А.Н. Закономерности помутнения задней капсулы хрусталика после факоаспирации различных форм врожденных катаракт у детей различного возраста // Вестник ОГУ. – 2004. – С.70-72.

3. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Касимова Д.П. Новые технологии в профилактике помутнения задней капсулы при экстракции осложненной катаракты с имплантацией ИОЛ // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. статей по материалам науч.-практич. конф. – М., 2002. – С.84-89.

4. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Толчинская А.И. и др. Новый внутриглазной имплантат в профилактике вторичных помутнений капсулы хрусталика // Современные проблемы офтальмологии: Сб. науч.-практич. конф. – Иркутск, 1998. – С.178-179.

5. Зубарева Л.Н. Интраокулярная коррекция в хирургии катаракты у детей: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 50с.

6. Зубарева Л.Н., Хватов В.Н., Вильшанская О.Э. Помутнение задней капсулы хрусталика и его лечение у детей с афакией и артификацией // Офтальмологический журнал. – 1993. – №2. – С.98-101.

7. Семенов А.Д., Магарамов Д.А., Крыль Л.А. ИАГ – лазерная хирургия вторичной катаракты, полурассосавшейся катаракты и зрачковой мембраны. – Методич. рекомендации. – М., 1989. – С.4-5.

Канюков В.Н., Корнеев Г.И., Корнеева Е.А.
Оренбургский филиал «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.
Федорова Росмедтехнологии»

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ МЕДИАЛЬНОГО УГЛА ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭПИКАНТУСА

В работе отражены данные гистологического исследования кусочков кожи эпикантальной складки, удаленных методом щадящей эпикантопластики по В.Н. Канюкову.

Актуальность

Эпикантус (epicanthus: греч. еpi – над; kanthos – угол глаза) – вертикальная складка кожи полукруглой формы между верхним и нижним веками, прикрывающая внутренний угол глазной щели и изменяющая ее форму.

Частота эпикантуса в значительной степени определяется расовой принадлежностью: в азиатской группе колеблется от 40% до 90%, в других расовых группах от 2% до 5% (Jung I. Park, 2000 г.). Причины, ведущие к развитию данной патологии многочисленны. Эпикантусы могут иметь физиологическое происхождение – преимущественно у представителей мон-