

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ**

**В данной статье рассматриваются клинические, анатомические особенности врожденной катаракты у детей, ее сочетание с другими патологическими состояниями и заболеваниями органа зрения.**

**Ключевые слова:** врожденная катаракта, дети.

**Актуальность.** Врожденная патология органа зрения, в том числе, катаракта, занимают ведущее место среди причин слабовидения и по данным различных авторов составляет от 77,8% до 92,2% (Ковалевский Е.И., 1991; Сомов Е.Е. и др., 1995; Южаков А.М., Майчук Ю. Ф., 1995; Сидоренко Е. И. и др., 1996; Хватова А. В., 1996). Это связано с поздним выявлением заболеваний, в том числе, патологии хрусталика, что даже при своевременном оперативном лечении приводит к развитию амблиопии, удлиняет период послеоперационной реабилитации.

В нашей стране клиническое течение, эпидемиологические особенности врожденной катаракты у детей в доступной литературе представлены единичными работами, что делает данную проблему особенно актуальной.

**Целью данного исследования** явилось совершенствование диагностики врожденной катаракты на основе изучения клинико-эпидемиологических особенностей течения заболевания в условиях многопрофильного учреждения – Челябинской областной детской клинической больницы.

За период с января 2009г по июнь 2010г на базе офтальмологического отделения Челябинской областной детской клинической больницы обследовано 25 детей, с диагнозом врожденная катаракта. Количество глаз 38. Средний возраст составил 5,14 лет (от 3 мес. до 17 лет). Мальчиков 11 (45,2%), девочек 14 (56%). Обследование детей с диагнозом врожденная катаракта включало: визометрию (нистагмометрию) при наличии контакта с ребенком, биомикроскопию, авторефрактометрию, тонометрию. Всем детям выполнено комплексное ультразвуковое исследование орбит (УЗИ) с цветным доплеровским картированием на многофункциональном

сканере Phillips HD 11 XE с использованием мультимодального датчика 1-12МГц с постоянной динамической фокусировкой, контактным транспальпебральным методом сканирования, для исключения сопутствующей патологии, для расчета силы имплантируемой интраокулярной линзы. Так же проводилось электрофизиологическое исследование (ЭФИ), включающее зрительно вызванные корковые потенциалы для исключения атрофии зрительного нерва и определение целесообразности оперативного лечения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы «Stat 6,0».

Как было изложено выше, число детей с диагнозом врожденная катаракта составило 25 человек, наиболее часто данное заболевание выявлялось в возрасте до 1 года – 14 детей (56%), достоверно реже встречалось в школьном возрасте – 7 детей (28%), в дошкольном возрасте 4 детей (16%). Двусторонний процесс встречался у 13 детей (52%), катаракта правого и левого глаза зарегистрированы с одинаковой частотой у 6 детей (24%).

Как правило, у детей с врожденной катарактой грубые изменения располагаются центрально на задней капсуле хрусталика, белесоватого цвета, прилегающие к кортексу – 19 детей (76%). В 2 случаях (8%) отмечены изменения передней капсулы, тотальное нарушение прозрачности хрусталика диагностировано у 1 ребенка (4%), единичный случай – прикрепление остатков зрачковой мембраны к передней капсуле. В ходе оперативного лечения у 70% детей имело место изменение передней гиалоидной мембраны стекловидного тела в виде грубых структурных изменений с нарушением прозрачности стекловидного тела.

По данным комплексного ультразвукового сканирования у 4 детей (16%) была выявлена функционирующая гиалоидная артерия, в 1 случае кровоток по данным УЗИ в артерии не регистрировался. У 2 детей (8%) диагностирован синдром персистирующей гиалоидной артерии, включающий изменения хрусталика, микрофтальм.

В ходе нашего исследования выявлено 5 детей (20%), у которых катаракта носила синдромальный характер, были диагностированы: це-ребро–окуло–ренальный синдром Лоу – 1 ребенок, синдром Дауна– 1 ребенок, синдром Ригера– 1 ребенок, синдром Морфана– 1 ребенок.

Таким образом, врожденная катаракта наиболее часто диагностированная в возрасте детей до 1 года, может иметь двусторонний характер, однако у 7 детей (28%) диагноз был выставлен в более поздние сроки. Врожденная катаракта клинически проявляется изменениями в задней капсуле хрусталика, стекловидном теле, у 16% детей сочетается с другой патологией органа зрения, у 20% с поражением других органов и систем, что делает необходимым проведение комплексного обследования детей в декретированные сроки с использованием методов современной инструментальной диагностики.

**Список использованной литературы:**

1. Тейлор Д., Хойт К. «Детская офтальмология». Москва. Издательство «Бином» - 2007. С. 120-122
2. Шмельёва В.В. «Катаракта». М., 1981- 218с.
3. Хватова А.В. «Заболевания хрусталика у детей». М., 2005 С. 35-36