

**Курочкин В.Н.**

Краснодарский филиал ФГУ «МНТК  
«Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»,  
Краснодар

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ КАТАРАКТАМИ**

**В работе представлен опыт хирургического и ортоптического лечения в Краснодарском филиале ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» 176 детей с врожденными катарактами. Возраст детей от 6 месяцев до 14 лет. Выполнено 165 операций удаления катаракты с имплантацией ИОЛ. Приведены данные по остроте зрения в отдаленном сроке наблюдения.**

### **Актуальность**

Лечение детей с врожденными катарактами всегда представляло для офтальмологов трудную задачу. Для получения в итоге лечения хорошего зрения должны быть выполнены следующие условия: а) своевременная диагностика (в первые месяцы жизни); б) оперативные вмешательства, выполненные на высоком уровне и в нужные сроки; в) лечение амблиопии (длительное, в течение всего периода развития зрения у ребенка). Выполнение каждого из этих условий представляет определенные трудности, как для врачей, так и для родителей ребенка. Несвоевременное или неправильное исполнение данных этапов лечения приводит, в итоге, к низкому зрению у ребенка к 10-12 годам, когда дальнейшее лечение амблиопии становится малоэффективным.

Вопрос о сроках и методах хирургического лечения тоже не может считаться окончательно решенным. Это связано как с техническими особенностями выполнения операции у детей, так и с проблемами коррекции в послеоперационном периоде. Это особенно актуально у детей раннего возраста (до 3-х лет) после выполнения операций удаления катаракты без имплантации ИОЛ. Очковая и контактная коррекция часто оказывается малоэффективной, особенно при односторонней катаракте [1, 3, 8].

Часть офтальмологов [3, 6, 8, 9] рекомендует выполнять экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ с 3-летнего возраста, так как к этому сроку заканчивается основной рост и фор-

мирование структур глаза. Так диаметр хрусталика новорожденного равен 6 мм., в возрасте 1-го года – около 8 мм., в возрасте 4-5 лет – 10 мм., т. е. почти равен размерам хрусталика у взрослого [6, 8].

Однако за последние 7 – 8 лет значительное количество авторов склоняется к более ранней имплантации ИОЛ у детей [1, 2].

Все вышеперечисленное позволяет считать актуальным дальнейшее изучение и освещение данной проблемы.

Целью работы является анализ результатов хирургического и консервативного лечения детей с врожденной катарактой, проводимого в Краснодарском филиале ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза».

### **Материалы и методы**

Нами представлены результаты лечения детей с катарактами за период 1998-2007 гг. Прооперированно 176 глаз.

В нашей клинике такие операции выполняются с 1998 года по технологии малых разрезов с имплантацией ИОЛ в капсулярный мешок. В первые годы использовалась специальная модель ИОЛ Т-26 (диаметр гаптической части 9,5 мм.), а затем гибкие модели искусственных хрусталиков.

Использование технологии малых разрезов, вискоэластиков и гибких моделей ИОЛ позволило значительно расширить показания к интраокулярной коррекции и проводить имплантацию в капсулярный мешок после удаления катаракты у детей сначала с возраста в один год, а затем и с 6-и месяцев.

Технология выполнения операции.

Через парацентез, после введения везитила, проводился передний капсулорексис. С учетом особенности строения капсулы у детей вскрытие ее выполнялось с помощью универсальной диатермической системы VC 890400 (фирма OERTLY), позволяющей получить прочный край за счет коагуляции. Через два парацентеза методом ирригации-аспирации удалялись хрусталиковые массы. После этого через роговичный тоннельный разрез в капсулярный мешок имплантировалась ИОЛ. При помутнениях в центре задней капсулы, цистотомом выполнялся парацентез. Накладывался один узловый шов 10(0) на край тоннельного разреза.

**Результаты и обсуждение**

Данные о возрасте прооперированных детей представлены в таблице 1.

Таблица 1. Возраст детей с врожденной катарактой

Возраст	Кол-во операций по поводу врожденной катаракты	Кол-во операций с имплантацией ИОЛ	% операций с имплантацией ИОЛ
до 1 года	34	26	76,5%
2 – 3 года	30	28	93,3%
4 – 6 лет	39	39	100%
7 – 10 лет	37	36	97,3%
11 – 14 лет	36	36	100%
Всего	176	165	93,7%

До 2002 г. года имплантация ИОЛ не выполнялась детям до возраста 1 года. Так же не имплантировалась ИОЛ в случае аномалий развития хрусталика, когда имплантация в капсулярный мешок оказывалась невозможной. В этом случае, а так же при афакии иногда имплантировались зрачковые модели ИОЛ, но у детей старше 2-х лет. Имплантированы следующие модели ИОЛ: Т-26 – 75 шт.; «Acrysoft» моноблочная гибкая – 8; Acrysoft 3-х состав. – 21; «Acrysoft Natural» – 34; «Acryfold» Индия – 7; московская «доллар» М2-10, Т-19 – 5; коллагеновая «гриб» – 5.

Следует отметить, что если в первое время, начиная с 1998 года, основное количество операций выполнялось с линзой Т-26 с укороченной гаптикой, то за последние 3 года преимущество при выборе ИОЛ стало отдаваться гибким моделям. В частности, хорошо зарекомендовали себя такие модели, как «Acrysoft» 3-х составная и «Acrysoft Natural».

При односторонней катаракте расчет ИОЛ проводился на получение эмметропии после операции. При двусторонней катаракте учитывался возраст пациента и вероятный рост глазного яблока.

В 94 глазах одновременно проводилась дисцизия задней капсулы, которая выполнялась при наличии помутнений в центре задней капсулы.

Послеоперационный период при имплантации ИОЛ в капсулярный мешок у пациентов протекал достаточно гладко, что позволяло обходиться в большинстве случаев без подконъюнктивных инъекций. Выраженная воспалительная реакция отмечалась у 11-ти пациен-

тов, которая купировалась противовоспалительной терапией. Данные по остроте зрения до операции приведены в таблице 2.

Таблица 2. Острота зрения до операции с коррекцией

VISUS	Возраст до 3-х лет	4-6 лет	7-10 лет	11-14 лет	Всего
Не провер. по возрасту	64	-	-	-	64 (36,4%)
До 0,01	-	24	27	12	63 (35,8%)
0,02-0,1	-	8	6	11	25 (14,2%)
0,2-0,4	-	7	4	9	20 (11,4%)
0,5-0,7	-	-	-	4	4 (2,3%)
0,8-1,0	-	-	-	-	-
Всего	64	39	37	36	176

Не проверялась острота зрения у детей в возрасте меньше 3-х лет. Относительно высокая острота зрения (выше 0,1) наблюдалась у старших детей с неполными центральными, чаще двусторонними, катарактами.

Данные по остроте зрения после операции приведены в таблице 3.

Таблица 3. Острота зрения после операции с коррекцией

VISUS	Возраст до 3-х лет	4-6 лет	7-10 лет	11-14 лет	Всего
Не провер. по возрасту	64	-	-	-	64 (36,3%)
До 0,01	-	5	4	3	12 (6,8%)
0,02-0,1	-	15	12	10	37(20,5%)
0,2-0,4	-	13	10	9	32(18,2%)
0,5-0,7	-	6	8	8	22(12,5%)
0,8-1,0	-	-	3	6	9 (5,1%)
Всего	64	39	37	36	176

Причинами низкой остроты зрения являлись амблиопия и сопутствующая патология органа зрения (нистагм, частичная атрофия зрительного нерва, патология сетчатки).

После операции лечение амблиопии проводилось общепринятыми методами (оклюзия парного глаза, очковая коррекция для дали и работы вблизи, лазерстимуляция, тренировки с помощью компьютерных программ и др.)

В отдаленном периоде на 102-х глазах имелся фиброз задней капсулы, потребовавший в последующем хирургического вмешательства. Из них в 90 случаях была проведена дисцизия задней капсулы, в 12 – удаление задней капсулы с передней витректомией. В 7 случаях вторым этапом через 2–4 года была выполнена

имплантация ИОЛ в афакичный глаз. Использовались линзы Т-19 и коллагеновая «гриб».

В таблице 4 представлены данные по остроте зрения прооперированных пациентов через 2 года и более.

Таблица 4. Острота зрения в отдаленном периоде

VISUS	3-6 лет	7-10 лет	11-16 лет	Всего
0,01-0,1	8	7	7	33 (22,6%)
0,2-0,4	10	14	7	47 (32,2%)
0,5-0,7	4	17	14	50 (34,2%)
0,8-1,0	2	2	6	16 (10,9%)
Всего	24	40	34	146

Из данных, приведенных в таблице, видно, что хорошее зрение (0,5 и выше) удалось получить в 45% случаев. Большинство из них относились к двусторонним неполным катарактам или при ранней диагностике и операции с настойчивым лечением амблиопии в случаях односторонней врожденной катаракты. Часть пациентов выбыла из под наблюдения из-за неявки на повторные осмотры. В 22,6% случаев зрение осталось низким (0,1 и ниже), что объясняется как поздним сроком проведения операции (особенно при односторонней и полной катаракте), так и недостаточным усердием родителей по лечению амблиопии.

**Заключение**

Использование технологии малых разрезов, имплантация ИОЛ в капсулярный мешок, применение гибких моделей ИОЛ позволяют проводить экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ у детей с 6-месячного возраста. При выполнении данных условий воспалительная реакция в послеоперационном периоде обычно выражена умеренно и купируется инстилляциями препаратов. Выполнение операции экстракции врожденной катаракты с одновременной имплантацией ИОЛ улучшает условия лечения амблиопии и повышает процент получения хорошего зрения у детей с данной патологией.

**Список использованной литературы:**

1. Аубакирова А.Ж. с соавт. Современные технологии хирургического лечения патологии хрусталика у детей // Современные проблемы детской офтальмологии. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 68-70.
2. Боброва Н.Ф., Сорочинская Т.А., Жеков А.К. Рефрактогенез псевдофакичных глаз детей первого года жизни после удаления различных форм врожденных катаракт и

- первичной эндокапсулярной имплантации ИОЛ Acrysof // Современные проблемы детской офтальмологии. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 73-74.
3. Захарова Е.К., Поскачкина Т.Р. Экстракция врожденной катаракты у детей // Материалы VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. – С. 348-349.
4. Зубарева Л.Н. Интраокулярная коррекция в хирургии катаракт у детей: Дис. ...докт.мед.наук. – М., 1993. – 50 с.
5. Л.Н. Зубарева, Т. Е. Марченко и др. Рост «коротких» артифактичных глаз у детей с двусторонней врожденной катарактой // Материалы II Евро-азиатской конференции по офтальмологии. – Екатеринбург, 2001. – С. 21.
6. Ковалевский Е.И. Детская офтальмология. – М., 1970. – 387с.
7. Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Жукова О.В., Голубцев С.Л., Малов И.В. Ктехнике экстракции катаракты у детей // Материалы VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. – С. 370.
8. Зрительные функции и их коррекция у детей: Руководство для врачей / под ред. С.Э.Аветисова, Т. П.Кашенко, А.М. Шамшиновой. – М., 2005. – 872с.
9. Lucio Viratto M.D. Хирургия катаракты. – Fabrano Editore, 1999. – 474 с.

**Курочкин В.Н., Терехова Т.В., Черков В.А.**  
**Краснодарский филиал ФГУ «МНТК**  
**«Микрохирургия глаза» им. академика**  
**С.Н. Федорова Росмедтехнологии»**

**10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ**  
**ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**  
**КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ**

**Косоглазие встречается у 0,5-3,5% детей. В комплексном лечении косоглазия доминирующее место занимают хирургические методы коррекции действия глазодвигательных мышц. За 10 лет (1998-2007 гг.) было сделано 4256 операций. Хирургическое лечение косоглазия позволяет достичь хорошего косметического результата в 93% случаев. Оптимальный срок для хирургического лечения косоглазия – дошкольный возраст 3-5 лет, когда пациенты понимают и выполняют ортоптические упражнения в пред- и послеоперационном периодах.**

**Актуальность**

Проблема лечения косоглазия остается актуальной в современной офтальмологии. По данным Аветисова Э.С., Ковалевского Е.И., Кашенко Т. П. косоглазие встречается у 0,5-3,5% детей [1, 2, 3, 4]. В целом в мире насчитывается около 100 млн. косящих. Косоглазие – это не только косметический дефект, но и тяжелый функциональный недостаток, отрицательно влияющий на психику ребенка, вызывая у него боязнь насмешек, замкнутость и отчужденность.

В комплексном лечении косоглазия доминирующее место занимают хирургические методы