

Галимова Л.Ф., Багдасарян Е.А.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННОГО МИКРОФТАЛЬМА

Предложена хирургическая тактика лечения пациентов с врожденным микрофтальмом, в зависимости от степени гипоплазии, путем заднего и переднего бандажа склеры биоматериалом «Аллоплант», а также индивидуального косметического протезирования, позволяющая получить высокие косметический и функциональный результаты в позднем послеоперационном периоде.

Одним из наименее освещенных в литературе вопросов является хирургическое лечение пациентов с врожденным микрофтальмом. Актуальность проблемы обусловлена тяжестью заболевания, осложнениями в процессе лечения и неудовлетворительными отдаленными косметическими и функциональными результатами, в частности, грубой рубцовой деформацией конъюнктивальной полости и век (Гундорова Р.А. и др., 1996; Кирюхина С.Л., 1991; Катаев М.Г. и др., 2000; Gossman et al, 1999). В детском возрасте реабилитация пациентов с врожденным микрофтальмом заключается в исправлении косметического дефекта и профилактике прогрессирующей асимметрии лицевого черепа.

Во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии за последние 8 лет на лечении находились 35 детей с врожденным микрофтальмом различной степени гипоплазии. Двусторонний микрофтальм наблюдался в 14 случаях. Возраст детей варьировал от 4 до 12 лет. Методы обследования включали внешний осмотр с оценкой размеров глазной щели и орбиты, размеров и формы век, величины и формы конъюнктивальной полости, ультразвуковые методы исследования, компьютерная томография.

Хирургическая тактика ведения пациентов различалась в зависимости от степени гипоплазии и сводилась к следующему. При микрофтальме с незначительным недоразвитием глазного яблока (до 3 мм от здорового) увеличения его размеров до близких к норме мы добивались проведением операции заднего бандажа склеры биоматериалом Аллоплант (проведением под прямыми мышцами глаза полоски аллотрансплантата шириной 8 мм с фиксацией ее к эписклере) (Галимова Л.Ф., 2000). Толщина аллотрансплантата может варьировать от 3 до 5 мм. При уменьшенном на 4-5 мм от нормы глазе мы дополнительно производили операцию переднего бандажа склеры (Галимова Л.Ф., 1998). При необходимости через несколько лет производили реоперацию бандажа склеры.

Как известно, уменьшенный глаз является хорошей опорно – двигательной культей для протеза. Поэтому при более выраженной степени гипоплазии (свыше 5 мм от нормы), когда только хирургическим путем невозможно добиться результата, через месяц после бандажа склеры мы производили индивидуальное косметическое протезирование. Увеличение размеров глаза в результате операции позволяло применить тонкостенный протез, оптимальный для сохранения его подвижности. При непереносимости протеза из-за чувствительной роговицы мы производили операцию так называемого «объемного бандажа», когда на деэпителизованную роговицу укладывается аллотрансплантат округлой формы и достаточной толщины. Трансплантат фиксируется к прямым мышцам, поверх него ушивается конъюнктив (Булатов Р.Т., 2002). В последующем, так же с соблюдением месячного послеоперационного срока, производили индивидуальное протезирование тонкостенным протезом.

В тех случаях, когда имеющееся глазное яблоко не выполняет роль опорной культи из-за очень маленьких размеров (ПЗО менее 10 мм), мы формировали ее имплантационным методом. При этом дермо-жировой аллотрансплантат необходимых размеров помещается за глазное яблоко, тем самым не ограничивая подвижность протеза.

В отдаленные сроки во всех наблюдаемых нами случаях косметический и функциональный результаты вмешательств оставались хорошими, асимметрии лица не наблюдалось.

Иойлева Е.Э., Марченкова Т.Е.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Проведена оценка результативности комплексного диагностического обследования детей с заболеваниями зрительного нерва с использованием компьютеризированной системы и калориметрического анализа диска зрительного нерва. Определена роль предложенного метода в определении показаний к лечению частичной атрофии зрительного нерва у детей с обратимыми стадиями заболевания.

В контингенте слепых и слабовидящих насчитывается почти 10000 детей младше 18 лет. Уровень детской инвалидности по зрению – 5,2 на 10000 населения соответствующего воз-

раста. Основными причинами детской слепоты и слабовидения служат атрофия зрительного нерва, дегенеративная близорукость, патология сетчатки (Е.С. Либман, 2000). В офтальмопедиатрии ранняя диагностика патологии зрительного нерва вызывает затруднения из-за микросимптоматической картины клинических признаков, что приводит к диагностическим ошибкам и позднему назначению адекватного лечения. С целью дифференциальной диагностики используются длительные психо-физические и не всегда информативные электрофизиологические исследования, которые иногда невозможно провести из-за поведения ребенка.

Наряду с традиционными методами в ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» используется компьютеризированная система диагностики патологии зрительного нерва, позволяющая устанавливать диагноз на основании сравнения колориметрических параметров диска зрительного нерва обследуемого глаза со статистическими эталонными диапазонами.

Целью работы была оценка результативности предложенного метода диагностики в определении показаний к лечению частичной атрофии зрительного нерва у детей на обратимой стадии заболевания.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 26 детей в возрасте от 6 до 16 лет с частичной атрофией зрительного нерва различного генеза, из них с посттравматическими – 13 человек, с поствоспалительными – 7, врожденными – 6. Всем пациентам до и после лечения проводилось комплексное обследование, включающее автоматическую рефрактометрию, визометрию с коррекцией, компьютерную и статическую периметрию. Наряду с этим осуществлялся колориметрический анализ диска зрительного нерва по разработанной компьютерной системе, подробно описанной в журнале «Офтальмохирургия» №2, 2001. Определены основные прогностические критерии в колориметрической картине, главным из которых являлся процент составляющей синего цвета к площади диска зрительного нерва. Курс нейротрофической терапии включал ирригационную терапию препаратами в возрастных дозах и магнитостимуляцию в 4 позициях.

Всем пациентам проведена ретробульбарная имплантация ирригационной системы для

длительного, дробного введения лекарственных средств, с целью сохранения максимальной концентрации препарата в непосредственной близости от заднего полюса глаза. Считаем это более целесообразным, так как снижается психическая травма у детей, дополнительные болевые ощущения. Введение ирригационной системы в ретробульбарное пространство детям младшего возраста осуществляли под масочным наркозом, пациентам более старшего возраста – под местной анестезией. Курс лечения длился 10 дней, включал следующий набор препаратов: церебролизин, агапурин, тауфон, эмоксипин, рибофлавин, дицинон. Магнитостимуляция проводилась с помощью прибора «Сердолик» с вращающимся магнитным полем.

Результаты

После лечения все пациенты отмечали субъективное улучшение в виде более яркого, контрастного восприятия предметов. Острота зрения до лечения составляла от 0,08 до 0,4. По окончании лечения острота зрения повысилась у всех пациентов на 0,1-0,4 с коррекцией. Расширение поля зрения на 10° – 30° у 22 пациентов, уменьшение количества относительных скотом было у 25 пациентов.

Было определено, что положительные результаты нейротрофической терапии получены у детей, в колориметрической картине ДЗН которых процент составляющей синего цвета не превышал 65% площади диска зрительного нерва при кодах минимума составляющей красного цвета от 248 до 255.

Таким образом, метод компьютерного анализа диска зрительного нерва позволяет прогнозировать результаты нейротрофической терапии у детей на основании распределения и смещения цветовых оттенков диска зрительного нерва, выявленных при колориметрии.

Простота технического исполнения, отсутствие осложнений и безопасность позволили широко использовать данный метод для лечения детей с частичной атрофией зрительного нерва.