



Реабилитация детей с семейной врождённой катарактой

Р.С. Холматова, Х.Д. Карим-Заде*, З.Д. Ахророва*, Д.А. Тошматов, А.П. Рахмонов

Областной центр микрохирургии глаза, г. Худжанд;

* кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе проанализирована эффективность реабилитации детей с семейной врождённой катарактой (ВК). Среди всех обследованных 539 детей с семейной ВК составили 33,1% (213 глаз, 112 детей). Двухсторонняя ВК была обнаружена в 90,2% случаев, по форме преобладала слоистая ВК (77,6%), реже встречалась зонулярная и полиморфная.

Все члены семьи больных катарактой должны быть обследованы офтальмологом и в целях получения высоких показателей зрительных функций оперативное вмешательство с последующим лечением амблиопии должно проводиться как можно в более раннем возрасте. Первичная имплантация ИОЛ рекомендуется для коррекции афакии у детей с ВК.

Ключевые слова: семейная врождённая катаракта, афакия, экстракапсулярная экстракция катаракты, имплантация интраокулярной линзы

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из частых причин слепоты и слабовидения у детей является врождённая патология хрусталика, а именно, катаракта, на долю которой приходится до 10-19,5% [1-3]. Врождённую катаракту (ВК) наблюдают в 5 случаях из 100 000 новорождённых, она обуславливает 10-38% случаев детской слепоты [4]. Катаракта - стойкое помутнение вещества хрусталика или его сумки, сопровождающееся понижением остроты зрения от незначительного его ослабления до светоощущения. Различают катаракты врождённые и приобретённые. ВК могут быть наследственными (семейными) и возникать вследствие внутриутробной патологии у ребенка, а также заболеваний матери во время беременности. ВК обычно не прогрессируют. По локализации помутнения различают капсулярные, кортикальные, околядерные или слоистые, ядерные и полные катаракты.

ВК, резко снижая остроту зрения, ведёт к последующей социальной дезадаптации ребёнка. Функциональная и социальная реабилитация детей в значительной степени зависит от правильной и ранней диагностики и своевременного проведения лечения. Особенно актуален вопрос тактики офтальмохирурга в хирургии ВК у пациентов детского возраста. Это связано с разнообразием клинических форм заболевания, со склонностью этого контингента больных к развитию экссудативных и гиперпластических реакций в ответ на инвазивное вмешательство, а также с длительностью предстоящей жизни и социального статуса, зависящих от зрения ребёнка.

Одним из основных условий для формирования зрительного восприятия у детей является наличие

высокой остроты зрения соответственно возрастному периоду развития. Своевременная и адекватная коррекция афакии у детей раннего возраста является важным условием в успешном лечении врождённых катаракт. Афакия, особенно монокулярная, в период развития зрительного анализатора создаёт предпосылки для быстрого формирования глубокой амблиопии, что приводит в последующем к неудовлетворительным функциональным результатам после удачно проведённой операции.

На сегодняшний день вопрос о целесообразности раннего хирургического вмешательства при врождённых катарактах большинством офтальмологов решён положительно [5,11]. Доказано, что удаление катаракты у детей в раннем возрасте безопасно, не оказывает существенного влияния на последующий рост глазного яблока, способствует нормальному умственному и психофизическому развитию ребёнка, положительно влияет на дальнейшую социальную адаптацию [5-11]. Однако, проблема ранней первичной интраокулярной коррекции афакии у детей по-прежнему дискуссионна.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: анализ результатов реабилитации детей с семейной врождённой катарактой по гг. Худжанду и Душанбе с 2003 по 2009гг.

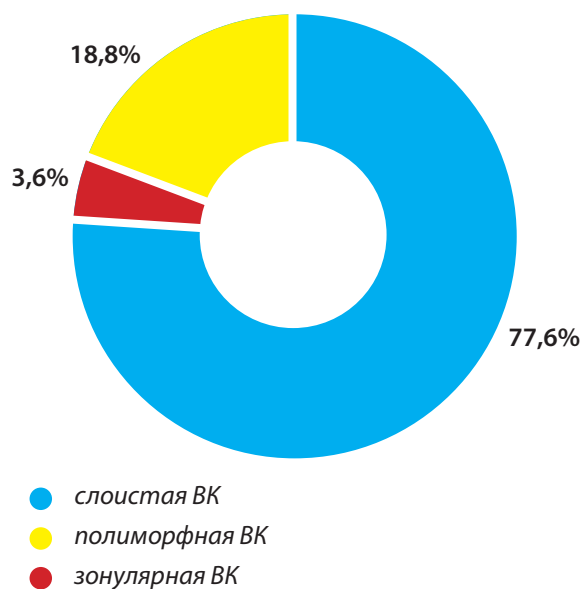
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Анализу были подвергнуты результаты микрохирургического лечения 213 глаз у 112 детей с семейными ВК в возрасте от 2 месяцев до 14 лет. Был собран семейный анамнез и анамнез заболевания. Больные подвергались общепринятым офтальмологическим методам исследования, таким как визометрия, биомикроскопия, кератометрия,



офтальмоскопия, А-скан биометрия. Всем больным была произведена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК). Операция выполнялась под общей анестезией по следующей методике: тоннельный корнеосклеральный или роговичный разрез в верхнем секторе длиной 5,0-6,0мм, вскрытие передней камеры с последующим введением 1% раствора мезатона для расширения зрачка и метиленовой синей для окраски передней капсулы хрусталика. С помощью вискоэластика (мителцеллюлозы) поддерживалось постоянство глубины передней камеры. После вскрытия передней капсулы хрусталика производилась гидродиссекция и аспирация хрусталиковых масс. Интраокулярная линза (ИОЛ) была имплантирована в капсульные мешки в 53 глаз (53 больным). На роговичный разрез накладывался шов Пирса нейлоном 10/0. На корнеосклеральный тоннельный разрез герметизировался внутриглазным давлением и наложением 2-х радиарных швов нейлоном 10/0. В послеоперационном периоде проводилась нестероидная противовоспалительная терапия в комплексе с антибиотиками широкого спектра действия.

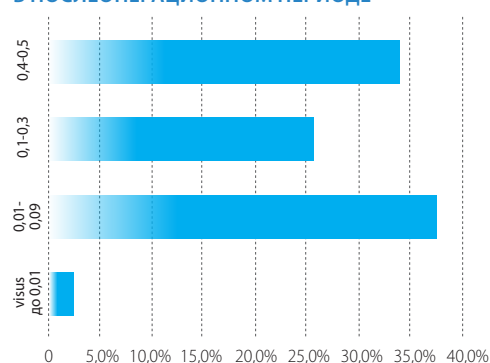
РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Из 539 детей с семейной ВК 53 ребёнка унаследовали по линии матери, а 59 детей – по линии отца. Двухсторонняя ВК была обнаружена в 90,2% случаев, по форме преобладала слоистая ВК (77,6%), реже встречалась зонулярная и полиморфная (диаграмма 1). В 108 случаях семейная катаракта прослежена на уровне двух поколений (болен один из родителей и дети), а в 4 семьях – в трёх поколениях (у бабушки или бабушки, одного из родителей и внуков). ВК сочеталась с нистагмом (16%), а после операции была выявлена частичная или полная атрофия зрительного нерва (10,3%) и депривационная амблиопия (13,1%).

ДИАГРАММА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ВК ПО ФОРМЕ



Исходная острота зрения колебалась от света правильной проекции до 0,04-0,05. Функциональные результаты вследствие проведённой операции с имплантацией ИОЛ и без неё у большинства были высокими при слоистой ВК: острота зрения равная 0,1-0,3 была у каждого третьего ребёнка (34%), а у каждого четвёртого (25,9%) – даже 0,4-0,5. Лишь у 2,6% с полиморфной ВК острота зрения равнялась 0,01, а у 37,5% оперированных в более позднем возрасте – 0,01-0,09 (диаграмма 2). После операции больным с афакией выписывалась коррекция зрения очками с последующим лечением амблиопии.

ДИАГРАММА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ



Операционными осложнениями, вследствие морфофункциональной несостоятельности тканей явились вставление в рану стекловидного тела, гифема. Оба вида осложнения были скорректированы хирургом во время операции. В послеоперационном периоде осложнениями были иридоциклит (3,4%), остатки хрусталиковых масс (3,1%), которые были купированы консервативной терапией.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, все члены семей больных катарактой должны быть обследованы офтальмологом, а для получения высоких показателей функциональной реабилитации операция должна проводиться как можно в более раннем возрасте, с последующим лечением амблиопии. Первичная имплантация ИОЛ во время оперативного лечения врождённой катаракты предпочтительна для коррекции афакии у детей с врождённой катарактой. Проведение разъяснительной работы среди населения, в частности в семьях с семейной ВК может способствовать снижению частоты родственных браков, что в свою очередь приведёт к снижению случаев врождённой катаракты среди населения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров С.М. Интраокулярная коррекция в хирургии односторонней катаракты у детей / С.М. Федоров, М.Н. Зубарил, В.Н. Хватов // Вестник офтальмологии. - 1989. - №3. - С.7-10
2. Хватова А.В. Клинические особенности и результаты лечения двухсторонних врождённых катаракт, сочетающихся с микрофтальмом / А.В. Хватова, М.Д. Агатова // Вестник офтальмологии. - 1991. - №3. - С.32-35
3. Хватова А.В. Клинико-иммунологическое обоснование дифференцированной лечебной тактики у детей с двухсторонними врождёнными катарактами / А.В. Хватова, Т.Б. Круглова // Тезисы докладов VII съезда офтальмологов России, -М., - 2000. - Часть I. -С. 403
4. Нероев В.В. Возможности профилактики и лечения слепоты и слобовидения вследствие врождённых заболеваний глаз у детей / В.В. Нероев, А.В. Хватова // Вестник Российской академии медицинских наук. -2007. -№8. - С. 28-31
5. Азнабаев М.Т. Новые методы и эффективность микрохирургии катаракты у детей: автореф... дисс. д-ра мед. наук / М.Т. Азнабаев. -М. -1987. -35с.
6. Азнабаев М.Т. Методы и результаты экстракции катаракты у детей первых месяцев жизни / М.Т. Азнабаев, И.В. Ариткулова // Вестник офтальмологии. -1985.-№6. -С.20-22
7. Азнабаев М.Т. Результаты транслиарной хирургии детских катаракт / М.Т. Азнабаев, И.В. Ариткулова // Всесоюзной съезд офтальмологов 7-й тезисы докладов.- М., -1985. -Т. 6. - С.82-83
8. Абсаямов М.Ш. Вторичная имплантация заднекамерной ИОЛ у детей: автореф...дисс. канд. мед. наук / М.Ш. Абсаямов. - Уфа. -2006. - 24 с.
9. Азнабаев М.Т. Отчёт работ с отечественным ультразвуковым офтальмологическим аппаратом УЗ-ФОЧ-0 при хирургическом лечении катаракты у детей / М.Т. Азнабаев, Б.М. Рафиков // Вестник офтальмологии. -1983.- №6. -С.21
10. Азнабаев Р.А. Микрохирургия переднего отрезка глаза у детей в сочетании с иммуннокоррекцией: дисс... д-ра мед. наук /Р.А. Азнабаев. - Самара. -1999. -306с.
11. Азнабаев Р.А. Профилактика и лечение осложнений в хирургии катаракт у детей: дисс... канд. мед. наук / Р.А. Азнабаев // -М., -1988. -152с.

Summary

Rehabilitation of children with congenital inherited cataract

R.S. Kholmatova, Kh.J. Karim-Zade, Z.D. Akhrorova, J.A. Toshmatov, A.P. Rakhmonov

We analyzed the results of rehabilitation of children with congenital hereditary cataract. Among 539 patients with congenital cataract 33.1% were inherited (213 eyes, 112 children). All family members of children with familial congenital cataract should underwent ophthalmological examination. For high functional results operative management of cataract with following amblyopia treatment should be performed in early age of patients. Primary IOL implantation is recommended for correction of aphakic condition in children.

Key words: family congenital cataract, aphakia, extracapsular cataract extraction, intraocular lens implantation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.С. Холматова – соискатель кафедры глазных болезней ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. И. Сомони, 59. Тел.: (+992) 5-49-16