

Пеец С.А., Сабинова И.Ю.,
Цигрошвили Л.А., Авдеева Л.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ, ДЛИТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРИЧИНЫ НИЗКОГО ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИСКУССТВЕННОГО ХРУСТАЛИКА

Проведен комплексный анализ причинных факторов, приводящих к снижению зрительных функций в раннем и отдаленном послеоперационных периодах у детей, после удаления травматической катаракты с имплантацией ИОЛ. Определены оптимальные сроки проведения операций, меры профилактики возможных осложнений.

В нашей больнице имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) у детей при патологии хрусталика применяется с 1976 года. За этот период экстракция травматической катаракты (ЭТК) с имплантацией ИОЛ выполнена у 172 детей. Использованы ИОЛ модели С.Н. Федорова – В.Д. Захарова Т-03 «Спутник» и Т-19. В силу различных обстоятельств 91 пациент прекратил повторные обращения в клинику в срок от 6 месяцев до 5 лет, и нам остается лишь надеяться на благоприятный и удовлетворяющий их результат лечения.

Длительное диспансерное наблюдение (от 5 до 15 лет) и анализ отдаленных результатов проведены у 81 ребенка. Среди пациентов было 68 мальчиков и 13 девочек. Травматическая катаракта возникла в результате проникающего ранения глаза у 60,5%, прямой контузии – 39,5% больных. Катаракта с сохранением объема и формы хрусталика (по классификации Э.В. Егоровой, 1979) диагностирована у 21,0% детей, набухающая – у 19,7%, неосложненная с абсорбцией хрусталикового вещества – у 11,1%, осложненная с абсорбцией хрусталикового вещества – у 30,9%, с травматическим подвывихом хрусталика – у 2,5%, вторичная – у 14,8%. Среди глазных патологий, сопутствующих катаракте, выявлено косоглазие (46,9%), миопия (2,5%), повышение ВГД (1,2%), парacentральные рубцы роговицы без сращений (29,6%) и сращенные с радужкой, хрусталиком, стекловидным телом (30,9%), периферически сращенные рубцы роговицы (9,9%), задние синехии (42,0%), в том числе зарастание зрачка (3,7%), шварты в стекловидном теле (7,4%). По остроте зрения 53 глаза были слепые, а 28 – сла-

бовидящие. В возрасте до 7 лет операция выполнена у 23,5% травмированных, в 7-12 лет – у 53,0%, в 13-15 лет – 23,5%.

ЭТК с имплантацией ИОЛ проведена в течение 2-х недель после травмы в 13,5% случаев (из них во время первичной микрохирургической обработки раны у 7 детей), через 1-3 месяца – 13,5%, через 4 месяца-1 год – 30,0%, до 3 лет – 32,1%, свыше 3 лет – 9,9%. ИОЛ имплантирована одномоментно с ЭТК у 61 ребенка, а вторым этапом (после ЭТК) – у 20. Все травматические катаракты удалены экстракапсулярно с применением аспирации хрусталикового вещества и ирригации полостей глаза с помощью канюль собственного изготовления. Использован операционный микроскоп с увеличением в 12,5 раз, шовный материал 8-00 – 10-00, отечественный микрохирургический инструментарий. Из дополнительных хирургических приемов, выполненных одномоментно с ЭТК, проведены: базальная иридэктомия (53,0%), пластика радужки с формированием и центрацией зрачка (19,7%), передние синехии- и швартотомия (40,8%), задние синехии- и швартотомия (42,0%), передняя витрэктомия (29,6%). У 42 пациентов (52,0%) удалось сохранить интактную заднюю капсулу хрусталика, что имеет существенное значение для правильного положения ИОЛ в оперированном глазу.

Во время операции произошли осложнения у 10 больных (12,3%), среди них: кровотечение в переднюю камеру после разреза – 3, гемофтальм-2, выпадение стекловидного тела – 6, коллапс глазного яблока 2-3 степени-2, разрыв задней капсулы – 3, неполная эвакуация хрусталиковых масс – 1.

В раннем послеоперационном периоде (до 2-х недель) наблюдались осложнения у 29 детей (35,8%), из них: зрачковый блок – 10, иридоциклитов с экссудацией в переднюю камеру и стекловидное тело – 5, дислокация ИОЛ – 4, дислокация и деформация зрачка – 3, отек сетчатки в макулярной области – 2, отек роговицы, десцеметит – 2, дислокация опорных элементов ИОЛ – 2, фильтрация послеоперационной раны – 1, грыжа стекловидного тела – 1, фиброз, уплотнение задней капсулы – 1. Указанные осложнения консервативными методами устранены у 17 больных и хирургическими – у 12 (произведены ревизия и формирование передней камеры – 9, базальная иридэктомия – 6, витрэктомия – 5, вправление и подшивание ИОЛ – 2, вправление опор-

ных элементов ИОЛ – 2, капсулотомия – 1, пластика радужки – 1).

Непосредственные результаты операции (при выписке из стационара) следующие: острота зрения 1,0-0,3 получена у 42 детей (52,0%), 0,2–0,05 – у 30 (37,0%), 0,04 и ниже – у 9 (11,0%).

Дальнейший период диспансерного наблюдения протекал без осложнений у 37 детей (45,7%). В позднем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 44 детей (54,3%), в их числе: помутнения и шварты стекловидного тела – 16,0%, децентрация зрачка – 14,8% (в том числе дислокация ИОЛ 8,6%), отслойка сетчатки – 12,3%, эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы – 8,6%, увеит, иридоциклит – 8,6%, экссудативная зрачковая пленка – 7,4%, вторичная катаракта – 4,9%, макулодистрофия – 2,5%, гифема, гемофтальм – 2,5%, вторичная глаукома – 2,5%. Для устранения этих осложнений проведено дополнительное хирургическое лечение у 26 детей (32,0%), из них: вправление опорных элементов ИОЛ (3), удаление ИОЛ (2), в том числе энуклеация-1, антиглаукомная операция (1), исправление косоглазия (7), удаление вторичной катаракты, рассечение зрачковой пленки (7), по поводу отслойки сетчатки (6). Медикаментозная рассасывающая терапия и плеоптическое лечение (курсами) проведено у 40 наблюдаемых детей (49,4%).

Окончательные функциональные результаты лечения травматических катаракт с имплантацией ИОЛ у детей через 5 – 15 лет следующие: острота зрения 1,0 – 0,3 достигнута у 46 детей (56,8%), 0,2-0,05 – у 18 (22,2%), 0,04 и менее – у 17 (21,0%). Бинокулярное зрение получено у 37 (45,7%) детей.

За период длительного наблюдения (от 5 до 15 лет) за группой детей (81), перенесших экстракцию травматической катаракты (ЭТК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ), нами проведен причинно-следственный анализ неудовлетворительных зрительных функций. При этом обнаружено, что причинами сниженного и низкого зрения в ближайшем послеоперационном периоде явились рубцы и помутнения роговицы (14 глаз), деструкция стекловидного тела (13 глаз), обскурационная амблиопия (11 глаз), астигматизм (9 глаз), десцеметит (3 глаза), дислокация ИОЛ (2 глаза), фиброз задней капсулы (1 глаз). При последующей диспансеризации проводилась коррекция уже имевшихся или вновь возникающих нарушений хирургическим путем (26 детей), медикаментозной

(рассасывающей) терапией и плеопто-ортоптическим лечением (40 больных).

Цель хирургических и реабилитационных мероприятий в отдаленном периоде диспансерного наблюдения достигнута полностью у 46 детей (56,8%), частично-у 13 (16,0%), не достигнута – у 22 (27,2%).

Основными причинами сниженных и низких зрительных функций в отдаленном периоде являются обскурационная амблиопия (24 глаза), отслойка сетчатки (10 глаз), эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы (9 глаз), дислокация зрачка и ИОЛ (3 глаза), макулодистрофия, атрофия зрительного нерва, заращение зрачка, вторичная глаукома, анофтальм (по 1 глазу). При комплексном анализе причинных факторов, приводящих к снижению функциональных результатов, выявлены следующие группы факторов:

- быстроразвивающаяся обскурационная амблиопия, особенно у маленьких детей в возрасте до 5 лет – 42,9%;

- недооценка офтальмохирургом показаний и противопоказаний к ЭТК с имплантацией ИОЛ – 41,1%;

- тяжесть посттравматической патологии глаза – 39,3%;

- низкий интеллект больного и его родителей, неадекватное поведение ребенка после операции, травмы артифактного глаза – 37,5%;

- осложнения операционного и послеоперационного периодов – 35,8%;

- невозможность систематического, длительного лечения и диспансерного наблюдения из-за отдаленного места жительства-35,7%;

- невозможность дополнительной коррекции очками или контактными линзами – 8,9%.

Таким образом, обскурационная амблиопия и осложнения являются ведущими в комплексе причинных факторов снижения функциональных результатов ЭТК с имплантацией ИОЛ у детей. Для повышения надежности и эффективности этого метода оптимальный срок проведения операции – от 6 до 12 месяцев после травмы глаза. При более раннем хирургическом вмешательстве увеличивается частота и тяжесть операционных и послеоперационных осложнений, а при более позднем – развивается тяжелая обскурационная амблиопия. Диспансерное обследование детей в течение первых 3-х месяцев после операции следует проводить еженедельно, до конца года – ежемесячно, в последующие сроки – ежеквартально. При дис-

пансеризации нужно осуществлять профилактику, диагностику и лечение осложнений, контроль коррекции для дали и близи в соответствии с меняющейся рефракцией глаза.

Выводы

При планировании ЭТК с имплантацией ИОЛ у детей необходимо более строго оце-

нивать показания и противопоказания, учитывая весь комплекс факторов риска (тяжесть патологии, интеллект родителей и ребенка, неадекватность его поведения, возможность длительного амбулаторного лечения, сложность ведения послеоперационного периода, диспансерного контроля и долечивания, место жительства).