

Керимов К.Т., Магеррамов П.М., Керимова Н.К.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЫ С ПОСТОПЕРАЦИОННЫМ ПЛЕОПТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ.

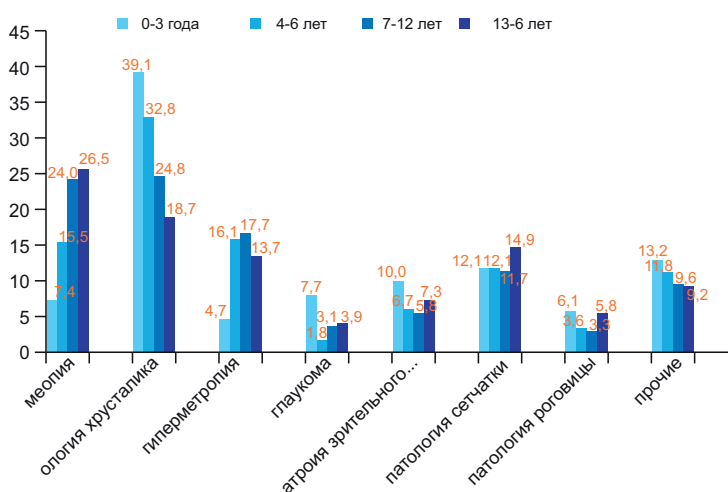
*Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г.Баку
Бакинская Научно-Исследовательская клиника глазных болезней***Ключевые слова:** врожденная катаракта, патология хрусталика, факоаспирация, медицинская реабилитация

В последнее десятилетие во всех странах мира, в том числе в Азербайджанской Республике, все больше внимания уделяется проблемам детей-инвалидов с патологией органа зрения [1,2, 3].

Ведущей причиной патологии органа зрения обуславливающей инвалидизацию детского населения Азербайджанской Республики, является патология хрусталика (25,6%), второе ранговое место занимает миопия (21,9%), третье – гиперметропия (15,1%), четвертое – патология сетчатки (12,7%), пятое – атрофия зрительного нерва (6,7%), шестое – патология роговицы (4,3%), седьмое – глаукома (3,6%), прочие заболевания – 10,1%. Следует сказать, что в различных возрастных группах удельный вес нозологических причин инвалидности детского контингента значительно отличается [3].

Диаграмма 1.

Нозологические причины инвалидности в разных возрастных группах детей (в%)



В нозологической структуре основной причиной слепоты и слабовидения среди детского населения Азербайджанской Республики по-прежнему остается патология хрусталика, большей частью врожденного характера.

Цель: Изучить эффективность факоаспирации хрусталика с имплантацией ИОЛ, с последующим проведением плеоптического лечения, как метода медицинской реабилитации детей с врожденной катарактой.

Материал и методы.

Нами на базе Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой и Бакинской Научно-Исследовательской клиники глазных болезней проведено обследование и хирургическое лечение 125 детей (125 глаз) с врожденной катарактой, операция проведена методом ирригационно-аспирационным удалением врожденной катаракты [4-8]. Длительность динамического наблюдения от 1 месяца до 4-х лет. Среди пациентов преобладали мальчики - 68,4%, девочки составляли 31,6%. Возраст детей варьировал от 3-х до 16 лет: в возрасте 3 года – 4,1 %, 4-6 лет – 9,2%, 7-12 лет – 46,7%, 13-16 лет – 40,0%. Учитывая

известные трудности определения остроты зрения у детей младшего возраста и достаточно субъективный характер полученных данных, для более достоверной оценки нами проведен анализ остроты зрения только у детей старше 4 лет. Острота зрения до операции у всех детей была ниже 0,09, причем подавляющее число исследованных глаз (91,7%) были слепыми или практически слепыми (острота зрения 0-0,04).

Клинические формы врожденной катаракты были следующие: зоналярная катаракта – в 35,8%, полная катаракта – в 54,2%, атипичная – в 10,0% случаев. Известно, что врожденная катаракта редко встречается как изолированное поражение органа зрения и наиболее часто ей сопутствует косоглазие и нистагм. В изучаемом контингенте микрофтальм отмечен в 18,2% случаев, микрокорнеа – в 8,9%, нистагм – в 17,9%, косоглазие – в 35,9%, частичная атрофия зрительного нерва – в 19,1% случаев.

Детям до 5 лет и неконтактным детям старшего возраста оперативные вмешательства производили под наркозом, остальным под перibuльбарной и эpiбульбарной анестезией. Проводили 2 парацентеза в меридианах 10 и 3 ч ножом V-lance 1,5 мм (Alcon). Затем наполняли переднюю камеру дисперсным вискоэластиком Viscoat, дополнительно на переднюю поверхность капсулы вводили когезивный Provisc (Alcon) для лучшей стабилизации передней камеры в ходе капсулорексиса, исключая ее чрезмерное углубление. Круговой капсулорексис диаметром 5,5-6,0 мм проводили инъекционной иглой через парацентез или пинцетным способом через лимбо-роговичный разрез.

Через один операционный разрез роговицы аспирировали лоскут иссеченной передней капсулы и хрусталиковые массы. Одновременно через второй разрез в переднюю камеру вводили ирригационную жидкость, что обеспечивало сохранение постоянной глубины передней камеры, уровня внутриглазного давления и исключало травмирование эндотелия роговицы и радужки.

Заднюю капсулу стремились сохранить целой. Удаляли ее микроцистотомом только в случае наличия интенсивного врожденного помутнения или непреднамеренного нарушения ее целостности. Проведение передней витрэктомии после дисцизии задней капсулы потребовалось в 23 случаях.

Параметры ультразвука варьировали от 0 до 20%, уровень вакуума – 100-120 мм рт.ст. После удаления плотных слоев операция проходила в режиме бимануальной аспирации-ирригации. Аспирацию хрусталиковых масс осуществляли на вакууме 200-250 мм рт.ст.

Капсульный мешок заполняли вискоэластиком Provisc и при помощи инжектора имплантировали линзу. Затем вискоэластик аспирировали из передней камеры и капсульного мешка, избегая манипуляций под оптической частью ИОЛ.

Имплантировались следующие модели ИОЛ: в 41 глаз – AcrySof, в 52 глаз – дифракционные ИОЛ Acri Tec (Acri.Sil 737D-AL / 733D), в 32 глаза – Corneal.

Через месяц после операции проводились плеоптические курсы лечения в течение года. Сюда входило световосстимуляция макулы, лазерстимуляция макулы красным лазер лучом, магнитотерапия аппаратом Полнос 3 и чрезкожная электростимуляция аппаратом ESO 2.

Результаты и их обсуждение.

Ранний послеоперационный период у всех детей протекал спокойно. В 6 глазах наблюдалась незначительная послеоперационная гипертензия, которая после проведенной соответствующей гипотензивной терапии снизилась до нормы. В 16 глазах наблюдался легкий послеоперационный отек роговицы, который держался 3-4 дня.

Наши данные по остроте зрения до лечения, в ближайшие и отдаленные сроки после операции были следующими: в 88,2% острота зрения после лечения (через 10-14 дней) повысилась и составила более 0,05; из них в 57% глаз острота зрения была 0,1-0,5, в 31,2% глаз – 0,05-0,09.

Острота зрения вблизи по стандартной таблице в 82,4% глаз была в пределах 0,6-0,9, в 17,6% глаз острота зрения вблизи составляла 0,1-0,4.

Сравнительно низкие функциональные результаты у детей были обусловлены сопутствующей патологией органа зрения (микрофтальм, нистагм и др.) и обскурационной амблиопией, что является следствием несвоевременно оказанной хирургической помощи.

В 19,2% оперированных глаз в срок от 6 месяцев до года отмечалось вторичное помутнение задней капсулы хрусталика, которая была устранена YAG лазерной дисцизией.

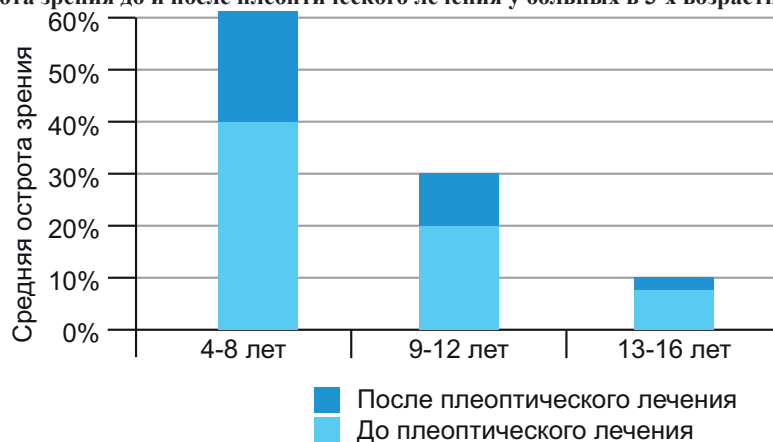
Следующим этапом в медицинской реабилитации указанного контингента детей явилось проведение плеоптического лечения курсами, через каждые 3 месяца в течении года.

После проведения плеопто-ортоптического лечения отмечено дальнейшее повышение остроты зрения. Так, через 1-3 года после операции в 85,1% случаев получена острота зрения от 0,1 до 0,8. У детей старшего возраста острота зрения либо не повышалась, либо же повысилась на 1 десятую.

Одним из основных моментов в медицинской реабилитации детей было использование нами дифракционных ИОЛ Acri.Tec (Acri.Sil 737D–AL / 733D). Благодаря использованию этих линз было получено наиболее качественное зрение и вдаль и вблизи. Нарушение зрения вблизи отмечалось лишь у 11,1% детей с данными ИОЛ.

Диаграмма 2.

Средняя острота зрения до и после плеоптического лечения у больных в 3-х возрастных группах.



Изучение эффективности факоаспирации хрусталика с имплантацией ИОЛ и дальнейшим проведением плеоптического лечения показало, что степень повышения остроты зрения зависела от формы врожденной катаракты, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии глаз, а также соматических заболеваний.

Так, при полных врожденных катарактах острота зрения, как до операции, так и после нее была существенно ниже, чем приzonулярных катарактах.

Острота зрения ниже 0,05 до операции отмечена почти в 100% случаев полных катаракт, а приzonулярных катарактах в 76,9% случаев. В послеоперационном периоде сравнительно более высокая острота зрения (от 0,1 до 0,8) получена в 84,6% случаев сzonулярной формой и в 68,7% случаев врожденной катаракты, более низкая (от 0,05 до 0,3) в 57,2% случаев при атипичной форме врожденной катаракты, и особенно низкая (0,01-0,1) - 80% случаев при односторонних формах врожденной катаракты.

Реабилитация детей старшего возраста, вследствие развившейся глубокой обскурационной амблиопии, была незначительной.

Заключение. Таким образом, основной причиной слепоты и слабovidения является патология хрусталика – врожденная катаракта. Чем в более раннем возрасте проводятся медицинские реабилитационные мероприятия, тем более высокие результаты удается получить, что говорит о необходимости проведения своевременного хирургического лечения в целях профилактики слепоты и слабovidения у данного контингента детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акперова Р.Я. Медико-социальные аспекты заболеваемости, инвалидности и современные подходы к реабилитации детей-инвалидов в Азербайджанской Республики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2005, 23 с.
2. Зубарева Л.Н., Овчинникова А.В. 17-летний опыт имплантации ИОЛ и детей / Abstr.X congress Op-hth almologist of Ukraine. Odessa., 2002, p.94-95.
3. Золотарева М.М., Котлярова И.И., Ведило В.Я. и др. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения врожденных катаракт / Сб. науч.тр.: Возрастные особенности органа зрения в норме и при патологии у детей (врожденная патология), 1977, т. LXXXV, в.4, №7, с.42-43.
4. Керимов К.Т., Кулиев Р.А. Врожденные заболевания глаз у детей, частота, клиника, лечение // Современные проблемы офтальмологии. Баку, 2004.
5. Магеррамов П.М. Анализ контингента детей-инвалидов с патологией органа зрения в Азербайджанской Республике // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями, Москва, 2007, №5-6, с.35.

6. Федоров С.Н., Егорова З.В., Глазко В.И. Фактоэмульсификация и другие микрохирургические методы лечения врожденных катаракт / Сб. науч. тр.: Возрастные особенности органа зрения в норме и при патологии у детей (врожденная патология), М., 1977, т.85, в.4(7), с.37-42.
7. Хватова А.В., Круглова Т.Б. Экстракция врожденных катаракт у детей первых лет жизни. // Вест. Офтальмол., 1983, №1, с. 24.
8. Wang X.H., Wilson M.E., Bluestein E.L.C., Auffarth G., Apple D.J. Pediatric cataract surgery and intraocular lens implantation techniques: A laboratory study // J. cataract. Refr. Surg., 1994, v.20, p.607-609.
9. Willson W.A. Congenital cataracts // Arch. Ophthalmol., Chicago, 1962, v.67, N2, p.143-147.

Kərimov K.T., Məhərrəmov P.M., Kərimova N.K.

UŞAQLARDA ANADANGƏLMƏ KATARAKTANIN MÜASİR CƏRRAHİYYƏSİNİN PLEOPTİK MÜAİCƏ İLƏ KOMBİNƏ EDİLMƏSİNİN EFFEKTİVLİYİ.

XÜLASƏ

İşin məqsədi. Anadangəlmə kataraktalarda büllurun fakoaspirasiyası + İOL implantasiyası və sonrakı pleoptik müalicənin effektivliyinin öyrənilməsi.

Material və metodlar. Anadangəlmə katarakta diaqnozu olan 125 uşaq müşahidə altında olmuşdur. Bütün xəstələrdə anadangəlmə kataraktanın ekstraksiyası fakoaspirasiya və İOL-un implantasiyası metodu ilə aparılmışdır. Görmə itiliyi əməliyyat dövründən erkən və sonrakı dövrlərdə 57% halda 0,1-0,5, 31,2% gözdə 0,05-0,08 arasında olmuşdur. Xəstələr tibbi reabilitasiyanın sonrakı etarı olaraq 3 aydan bir peoptik kurs müalicə almışdır. Diffraksiyon Acri.Tec (Acri.Sil 737D-AL / 733D) linzalarının implantasiyası uşaqların tibbi reabilitasiyasında əsas məqamlardan biridir, belə ki, həmin linzalar həm uzağa, həm yaxına görməni yüksək keyfiyyətdə təmin edir.

Yekun. Beləliklə, anadangəlmə kataraktanın cərrahi müalicəsinin erkən yaşda aparılması xəstələrin daha yüksək görmə qabiliyyətinə malik olmasında çox mühüm əhəmiyyət daşıyır.

Kerimov.K.T, Magarramov.P.M, Kerimova.N.K

THE COMBINED SURGERY OF CONGENITAL CATARACT WITH THE POSTOPERATIVE PLEOPTİK TREATMENT IN CHILDRENS .

SUMMARY

The aim. Main mission of this scientific work is to learn the benefits of combination of pleoptic treatment and cataract facoaspiration with MIOL implantation in children with congenital cataract.

Material and methods. This scientific work include 125 patients. In all patients there was implanted the Acri. Tec (Acri.Sil 737D-AL / 733D) mIOL.

Conclusion. The clinical data that we've analysed shows that early facoaspiration of congenital cataract with further pleoptic treatment is the effective way of rehabilitation in children with congenital cataract.

Для корреспонденции:

Керимов Керам Табриз оглы, д.м.н., профессор, руководитель отдела хирургии катаракты Национального Центра Офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой

Магеррамов Полад Магеррамов оглы врач-офтальмолог отдела хирургии катаракты Национального Центра Офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой

Керимова Нияр Керам кызы, к.м.н., сотрудник Бакинской Научно-Исследовательской Клиники глазных болезней

Адрес: AZ 1000, 2. Баку ул. Джавадхана 32/15

Тел: (+99412) 569-91-36, (+99412) 569-91-37

E-mail: administrator@eye.az, www.eye.az