ISSN 2221-9528

1 / 2017

НОВОЕ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

РЕФЕРАТИВНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ

Рефераты

Влияние ультраструктурных аномалий трансплантата роговицы на результаты DMEK

Супрацилиарное микростентирование с одномоментной факоэмульсификацией у пациентов с открытоугольной глаукомой и катарактой: результаты двухлетнего клинического исследования COMPASS

Отдаленные результаты имплантации ретинального протеза Argus II: эффективность и безопасность в течение пятилетнего периода наблюдения

Супрахориоидальное гидрогелевое пломбирование в лечении регматогенной отслойки сетчатки: новая хирургическая техника

Круглый стол

Интенсивная терапия патологии век как профилактика тяжелых заболеваний переднего отрезка глаза с угрозой для зрения

Катаракта у детей. Когда и как оперировать? Имплантировать ли ИОЛ? Как ее рассчитать? Каковы особенности послеоперационного ведения детей?

Катаракта у детей. Когда и как оперировать? Имплантировать ли ИОЛ? Как ее рассчитать? Каковы особенности послеоперационного ведения детей?

Врожденная катаракта является обратимой причиной слабовидения. Однако результат восстановления зрения и дальнейшее качество жизни больного ребенка во многом определяются своевременностью постановки диагноза и качеством оказанной медицинской помощи. Раннее проведение оперативного вмешательства с дальнейшим курсом лечения амблиопии может помочь ребенку вести полноценный образ жизни. В то же время существует множество проблем, связанных в первую очередь с изменяющимися в процессе роста ребенка параметрами длины глаза. Вследствие этого невозможно выполнить оптимальный расчет оптической силы интраокулярной линзы. Расчет силы ИОЛ по параметрам глаза маленького пациента на момент проведения операции приводит к последующему миопическому сдвигу рефракции в процессе роста ребенка, а расчет линзы «на будущее» в большой степени является случайным выбором, так как невозможно предугадать будущую длину глаза. Это вынуждает оперирующих врачей-офтальмологов искать компромисс в тактике лечения таких пациентов.

Участники круглого стола (слева направо): докт. мед. наук В.Ю. Махмутов, канд. мед. наук И.Г. Трифаненкова, докт. мед. наук И.С. Зайдуллин, канд. мед. наук Е.Н. Батьков

17 февраля 2017 г. в рамках заседания Чувашского регионального отделения Общества офтальмологов России в Чебоксарском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России был проведен круглый стол на тему «Катаракта у детей. Когда и как оперировать? Имплантировать ли ИОЛ? Как ее рассчитать? Каковы особенности послеоперационного ведения детей?». Целью работы круглого стола было помочь практикующим врачам определиться с тактикой ведения пациентов с врожденной катарактой, дать возможность найти ответы на интересующие их вопросы и обменяться собственным опытом и наблюдениями. Обсуждение вели ведущие специалисты России по вопросам детской офтальмологии. Открыла работу круглого стола председатель Чувашского регионального отделения общества офтальмологов России заместитель директора по научной работе Чебоксарского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза», докт. мед. наук Надежда Александровна Поздеева. В своем приветственном слове она озвучила основные направления работы круглого стола, представила докладчиков.

Своим видением проблемы первым поделился докт. мед. наук Ильдар Саитгалиевич Зайдуллин, заведующий детским микрохирургическим отделением ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней» Академии наук Республики Башкортостан. Он перечислил основные показания к оперативному лечению детей грудного возраста с врожденной катарактой. Диффузное помутнение хрусталика или центральное помутнение диаметром более 3 мм является показанием к проведению операции в первые 4–8 недель жизни в случае односторонней локализации и в возрасте 6–8 недель – при двустороннем процессе. Из послеоперационных осложнений наиболее часто возникает фиброзно-экссудативная реакция через 3–4 дня после операции, которая купируется на фоне активной терапии к 7–10 суткам. Факоаспирация врожден-

ной катаракты без имплантации ИОЛ требует в послеоперационном периоде ношения контактных линз или очков. Однако при односторонней катаракте очковая коррекция невозможна вследствие высокой анизометропии. Также очковая коррекция имеет и другие недостатки, связанные в первую очередь с плохой переносимостью очков высокой диоптрийности (у грудных детей она составляет 26–40 дптр). Расчет послеоперационной рефракции детям можно выполнять по формуле SRK T с использованием А-константы 112,176, либо возможно проведение скиаскопии с контактной линзой +30 дптр. Ильдар Саитгалиевич отметил, что в России низкая приверженность со стороны родителей к ношению контактных линз детьми. Вторичная имплантация ИОЛ, проведенная в возрасте 2–3 лет, имеет множество послеоперационных осложнений, вызванных сложностью имплантации вследствие выраженных фиброзных изменений капсулы хрусталика. Вследствие этого выполнение оперативного вмешательства с первичной имплантацией ИОЛ имеет более высокие результаты в плане восстановления зрения ребенка. Расчет оптической силы ИОЛ следует выполнять по формуле SRK T с учетом гипокоррекции на последующий рост глаза. Величина этой гипокоррекции при выполнении хирургического вмешательства в возрасте 1–2 месяца составляет 12 дптр, в 1 год – 5 дптр. Разброс рефракции по завершении роста ребенка при таком расчете составляет от –7,5 до +2,0 дптр. При этом возможно выполнение в более старшем возрасте рефракционно-лазерной коррекции аметропии с получением хороших результатов. В ходе обсуждения И.С. Зайдуллин отметил, что формирование вторичной катаракты у детей происходит на ранних сроках после операции во всех случаях, поэтому факоаспирация врожденной катаракты обязательно сопровождается выполнением задней капсулотомии. Был поднят вопрос о возможности одномоментного выполнения факоаспирации катаракты и витреоретинальной хирургии в случае синдрома первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела (ППГСТ). И.С. Зайдуллин отметил нежелательное выполнение одномоментной операции вследствие высокого риска осложнений при большом объеме оперативного вмешательства.

Открытие круглого стола, приветственное слово докт. мед. наук Н.А. Поздеевой

Далее своим опытом оперативного лечения детей с врожденной катарактой поделилась заместитель директора по научной работе Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», канд. мед. наук Ирина Георгиевна Трифаненкова. Она отметила, что существуют сложности формирования непрерывного капсулорексиса у детей, связанные со свойствами капсулы хрусталика: ее эластичностью и растяжимостью, а также возможностью наличия фиброза капсулы. Вследствие этого при мануальном выполнении капсулотомии существует большой риск «убегания» капсулорексиса и разрыва капсулы даже у опытного хирурга. Поэтому наиболее безопасным из современных методов является выполнение оперативного вмешательства с применением фемтолазерного сопровождения. В Калужском филиале используется мобильная фемтолазерная установка Femto LDV Z8 (Zeimer Ophthalmic Systems, Швейцария). Были продемонстрированы видеофильмы выполнения переднего и заднего капсулорексиса при помощи фемтосекундного лазера. Фемтолазер обеспечивает безопасное и контролируемое выполнение передней и задней капсулотомии. Далее Ирина Георгиевна отметила, что нередко врожденная катаракта может сочетаться с синдромом первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела. При этом данный синдром всегда сопровождается микрофтальмом. При легкой степени тяжести синдрома ППГСТ возможна имплантация ИОЛ в капсульный мешок, при 3–4 степени тяжести данного синдрома вследствие уменьшенного размера мешка и выраженной ретролентальной фиброваскулярной мембраны внутрикапсульная имплanта-

Докт. мед. наук Ильдар Саитгалиевич Зайдуллин

Канд. мед. наук Ирина Георгиевна Трифаненкова

ция невозможна. Было отмечено, что в настоящее время формирование отверстия в фиброзной ретролентальной мембране отверстия можно выполнять при помощи фемтосекундного лазера после имплантации ИОЛ в капсульный мешок. Далее в докладе были озвучены особенности хирургии врожденной катаракты в сочетании с задним лентиглобусом. Было отмечено, что для диагностики заднего лентиглобуса необходимо проведение качественного предоперационного обследования с выполнением ультразвукового офтальмосканирования и ультразвуковой биомикроскопии. Использование высокотехнологичных современных методов диагностики и оперативного лечения позволяет минимизировать количество интраоперационных осложнений и достичь высоких функциональных результатов. В ходе обсуждения доклада Ирина Георгиевна отметила, что при формировании задней капсулотомии при помощи фемтолазерной установки в отличие от мануальной техники, край капсулорексиса не фиброзируется. Также был задан вопрос об особенностях расчета оптической силы ИОЛ детям. Ирина Георгиевна рассказала, что расчет ИОЛ выполняют по формуле SRK T, при этом они придерживаются следующей схемы величины гипокоррекции: в возрасте 6–9 месяцев – 6 дптр, от 9 месяцев до 1,5 лет – 3–4 дптр, 2–3 года – 2,5–3 дптр, 4–5 лет – 2 дптр. В плане возраста оперативного вмешательства: оперативное лечение выполняется при первичном поступлении ребенка, имплантация ИОЛ выполняется с 6-месячного возраста.

Врач-офтальмолог Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Юлия Владимировна Блинникова поделилась клиническим опытом лечения детей с врожденной катарактой в сочетании с общесоматической синдромальной патологией. Продемонстрированы удовлетворительные результаты оперирования детей с синдромом Марфана и Марчезани. При сохранности связочного аппарата выполняется интракапсулярная имплантация ИОЛ. При выраженной недостаточности связок производится вторичная имплантация

Юлия Владимирована Блинникова

Канд. мед. наук Евгений Николаевич Батьков

Докт. мед. наук, проф. Владимир Юрьевич Махмутов

ция ИОЛ в иридоцилиарную борозду с транссклеральной фиксацией. В завершении доклада был показан видеофрагмент оперативного вмешательства у ребенка с синдромом Лоу, при котором врожденная катаракта сочеталась с врожденной глаукомой и дистрофией роговицы. При этом выполнено комбинированное оперативное вмешательство: антиглаукомная операция с имплантацией клапана Ахмеда в сочетании с факоаспирацией врожденной катаракты без имплантации ИОЛ. Докладчик отметила, что имплантация ИОЛ в таких случаях не показана из-за тяжелого течения врожденной глаукомы.

Заместитель директора по организационно-клинической работе Чебоксарского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза», канд. мед. наук Евгений Николаевич Батьков отметил, что именно ранняя диагностика является основополагающим фактором в успешном лечении врожденной катаракты. Евгений Николаевич продемонстрировал алгоритм скрининга врожденной катаракты, разработанный Американской академией педиатрии. При этом врач-офтальмолог проводит обследование ребенка при выписке из роддома. Обследование проводится без расширения зрачка, в затемненной комнате. Врач проводит оценку рефлекса с глазного дна при помощи офтальмоскопа. В норме рефлекс яркий, симметричный с обоих глаз. При обнаружении отсутствия рефлекса либо асимметричности или затемнения части рефлекса ребенок должен быть обследован в специализированном офтальмологическом центре. Далее Евгений Николаевич продемонстрировал данные статьи в журнале «Nature», авторы которой приводят результаты регенерации хрусталика у животных и у человека при выполнении факоаспирации через небольшой капсулорексис на периферии хрусталика с оставлением хрусталикового эпителия на капсуле. В статье приведены данные, что к 3-му месяцу после операции у ребенка толщина хрусталика составляла 3 мм, а его преломляющая сила составляла порядка 18 дптр. Далее был приведен собственный клинический опыт выполнения операции по данной методике по поводу двусторонней врожденной катаракты. В послеоперационном периоде через 6 месяцев ни на одном глазу не наблюдалось пролиферативной активности и не было фиброза капсулы в центральной зоне хрусталика, однако регенерация хрусталика отсутствовала. Невыраженность фиброза, возможно, объясняется отсутствием интраокулярной линзы и замкнутостью среды внутри капсулы хрусталика. В завершении доклада Евгений Николаевич привел слова лауреата Нобелевской премии Рэнди Шекмана: «Ведущие научные журналы, среди которых Nature, мешают научному процессу, так как желание увидеть свою публикацию в ведущих журналах побуждает ученых «срезать углы» и заниматься тем, что считается модным, а не что важнее для науки. Кроме того, редакторы данных журналов являются не учеными, а издателями и их интересует, прежде всего, шумиха, сенсация и фурор».

Завершающий доклад сделал врач-офтальмолог ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, докт. мед. наук, профессор Владимир Юрьевич Махмутов. Он рассказал об особенностях транссклеральной фиксации ИОЛ в проекции иридоцилиарной борозды в случаях невозможности интракапсулярной имплантации линзы. Данный способ фиксации является технически легко выполнимым, надежным и обеспечивает физиологическое располо-

Участники круглого стола

жение оптики линзы за радужкой. Отсутствие контакта данной линзы с радужкой позволяет имплантировать ее детям без риска возникновения увеита в послеоперационном периоде. В комментариях к докладу И.С. Зайдуллин отметил, что первым в мире данную методику фиксации линзы выполнил российский офтальмолог Михаил Васильевич Шишов в 1998 г., а первое описание данной техники в мировой литературе появилось лишь спустя 7 лет в 2005 г. в журнале «Ophtalmology».

Таким образом, лечение пациентов с врожденной катарактой является непростой задачей. Не может быть единых четких рекомендаций для расчета оптической силы ИОЛ и последующей зрительной реабилитации. Выходом из этой ситуации, вероятно, будет изобретение аккомодирующих ИОЛ, или ИОЛ со сменной оптикой, или же создание методики регенерации собственного хрусталика. Однако на сегодняшнем этапе наилучшие результаты восстановления зрения детям с врожденной катарактой могут быть получены при максимально ранней диагностике врожденной катаракты, своевременном выполнении оперативного вмешательства, последующего назначения очковой или контактной коррекции и курсов лечения амблиопии. Участники круглого стола, конечно, не предложили готового рецепта решения проблемы, однако подобные обсуждения и обмен опытом помогают врачам избежать возможных тактических ошибок при лечении пациентов с врожденной катарактой. ■