

УДК 615.036.2

**Н.А. ИШКУЛОВА**

Самарский государственный медицинский университет  
Научно-исследовательский институт глазных болезней

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
УВЕАЛЬНЫХ КАТАРАКТ У ДЕТЕЙ**

Научный руководитель – профессор А.В. Золотарев

**В статье изучены особенности течения и результаты хирургического лечения увеальных катаракт у детей. Проанализированы результаты хирургического лечения 12 пациентов (15 глаз). Всем пациентам проведена факэмульсификация с имплантацией ИОЛ. В послеоперационном периоде получены повышение зрительных функций и уменьшение частоты рецидивов увеита.**

*Ключевые слова: увеит, осложненная катаракта, имплантация интраокулярной линзы, рецидивы.*

**N.A. ISHKULOVA  
PRACICE OF SURGICAL TREATMENT OF UVEAL  
CATARACT IN CHILDREN**

**The course and the results of surgery treatment of uveal cataract in children are studied in the article. The results of surgery treatment of 12 patients (15 eyes) were analyzed. Facemulsification with implantation of intraocular lens was made for all the patients. The improvement of visual functions and lessening of the recurrence rate were achieved in postoperative period.**

*Keywords: uveitis, complicated cataract, implantation of intraocular lens, recurrence.*

Увеальные катаракты у детей – помутнения хрусталика, развивающиеся при хронических воспалительных заболеваниях глазного яблока. Возникновение увеальных катаракт связывают с воздействием на хрусталик токсичных продуктов воспаления или тканевого метаболизма. У детей помутнения хрусталика чаще носят диффузный характер и могут появляться рано в период первой атаки

увеита, что особенно характерно для вирусных увеитов. Характерной особенностью осложненной катаракты является то, что помутнение, как правило, начинается под задней капсулой хрусталика, значительно реже помутнения появляются под передней капсулой<sup>1,2</sup>. Такую локализацию пер-

---

<sup>1</sup> Хватова А.В. Заболевания хрусталика глаза у детей. – Л.: Медицина, 1982. – 116 с.

<sup>2</sup> Ковалевский Е.И. Болезни глаз при общих заболеваниях у детей. – М.: Медицина, 2003. – 143 с.

вичных изменений объясняют тем, что токсичные агенты в первую очередь влияют на задние отделы хрусталика из-за тонкости задней капсулы и отсутствия эпителия, который выполняет защитную функцию<sup>3,4</sup>.

Особенности течения увеитов у детей: малозаметное начало, слабо-выраженные признаки раздражения глаз, отсутствие болевого синдрома, тенденция к генерализации воспаления, раннее и быстрое развитие осложнений, при постувеальной глаукоме значительное растяжение глазного яблока, возможная остановка роста глаза и формирование ложной субатрофии, хроническое рецидивирующее течение и плохие функциональные исходы<sup>5</sup>.

Хирургическое лечение увеальной катаракты у детей является серьезной проблемой, что обусловлено как сложностью исходного состояния глаза, так и высокой частотой осложнений хирургических вмешательств<sup>6</sup>. Учитывая высокую частоту осложнений, увеальная катаракта у детей создает не только серьезные препятствия для хирургии хрусталика, но и для имплантации ИОЛ.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения осложненной увеальной катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) у детей.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения увеальной катаракты у 12 детей (15 глаз) в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст 8,2 года). Всем пациентам проводили офтальмологическое обследование: визометрию, биомикроскопию, тонометрию, авторефрактометрию, ультразвуковую диагностику, электрофизиологическое исследование, расчет силы интраокулярной линзы. Для выяснения этиологии процесса проводили иммунологические исследования: ПЦР, реакцию связывания комплемента, ИФА, исследование содержания сывороточных Ig A, G, M, E, ЦИК в сыворотке крови. У 11 детей воспалительный процесс был двусторонним, у 1 пациента – односторонним. Поражение суставов у детей появилось либо одновременно с поражением глаз, либо после начала увеита. У одного пациента отмечалось только поражение глаз (без поражения суставов). Во всех случаях помутнения в хрусталике сочетались с задними синехиями различной степени выраженности, с лентовидной дегенерацией роговицы и наличием помутнений в стекловидном теле. Острота зрения до операции варьировала от светоощущения с правильной проекцией до 0,2, в среднем составляла  $0,037 \pm 0,05$ . 9 детей до операции находились под наблюдением в течение 3-4 лет. Частота обострений увеита у них колебалась от одного до четырех в год. Общее число обострений в период, предшествовавший хирургическому лечению, у разных пациентов составляло от двух до восьми, в среднем – 3,7. 3 пациента наблюдались в других лечебных учреждениях и были госпитализированы впервые

---

<sup>3</sup> Басинский С.Н., Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии // Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 40 с. 4.

<sup>4</sup> Боброва Н.Ф., Дембовецкая А.Н., Романова Т.В., Нестерев Е.Л. Способ хирургического лечения осложненной катаракты при хронических увеитах // Офтальмология. Восточная Европа: международный практический журнал. – 2013. №1 (16). С. 15-23.

<sup>5</sup> Панченко Н.В., Бездетко П.А. Осложнения и результаты лечения увеитов у детей // Тезисы 2-й конф. дет. офт. «Современные технологии диагностики и лечения глазной патологии у детей». – Крым, Судак, 2003. – 27 с.

<sup>6</sup> Катаргина Л.А., Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. – М., 2000. – 167 с.

для хирургического лечения осложненной катаракты.

Операцию проводили при отсутствии рецидивов воспаления в течение 6 месяцев и более, при удовлетворительных иммунологических показателях. Техника операции стандартная: роговичные парацентезы, введение вискоэластика в переднюю камеру, синехиотомия, передний круговой капсулорексис, бимануальная аспирация-ирригация хрусталиковых масс, задний капсулорексис и передняя витрэктомия (при необходимости), имплантация ИОЛ. В 10 случаях имплантировали Rayner C-flex, в 5 случаях Acrysof Natural. Во всех случаях ИОЛ имплантировали в капсульный мешок. В послеоперационном периоде дети получали курс противовоспалительной терапии, включавший антибиотики, кортикостероиды короткого действия, нестероидные противовоспалительные препараты, мидриатики.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного хирургического лечения у всех пациентов было получено улучшение зрительных функций. В послеоперационном периоде в ряде случаев наблюдали слабовыраженные явления экссудации в виде единичных нитей фибрина в области зрачка и были купированы назначением своевременной и адекватной консервативной

терапии. Острота зрения после операции составляла от 0,05 до 0,6 (в среднем  $0,21 \pm 0,17$ ); через 6-12 месяцев – от 0,05 до 0,7 (в среднем  $0,32 \pm 0,21$ ); острота зрения ниже 0,1 объяснялась в одном случае локальной отслойкой сетчатки в области проекции макулы, в двух случаях – вторичной катарактой, в одном случае – фиброзом в стекловидном теле. Острота зрения через 5 лет и более после оперативного лечения прослежена у 5 пациентов и составила 0,2-0,7 (в среднем  $0,46 \pm 0,16$ ). Обострения увеита в отдаленном послеоперационном периоде отмечались у 5 пациентов из 13. Эти обострения протекали значительно легче, у 4 больных было по одному обострению в течение первого года после операции. Только у 1 пациента увеит обострялся ежегодно на протяжении 5 лет. У 8 пациентов в течение 5 лет после операции ни одного случая обострения увеита не отмечалось. Повторные операции понадобились 5 пациентам, в одном случае проводилась лазерная синехиотомия и очищение ИОЛ, в 4 случаях – лазерная дисцизия задней капсулы хрусталика.

**Вывод.** Своевременное хирургическое лечение увеальной катаракты с имплантацией гибкой ИОЛ в капсульную сумку позволяет не только достичь хороших функциональных результатов, но и облегчить течение увеита вплоть до полной ремиссии.