

тагм. Смешанный астигматизм. Вторичная глаукома. OS — Васкуляризированное бельмо роговицы.

У тети со стороны отца — аниридия. Носила МКЛ в течение года, перенесла кератит с исходом в бельмо на OS.  $\text{visus} = 0,4 \text{ н/к}/0,01 \text{ н/к}$ ; ВГД = 16/37 мм рт. ст.

Проведена OS — Циклохориоидальная лазеркоагуляция под эндоскопическим контролем. После операции ВГД = 20,5 мм рт. ст./Тпальп — норма, в течение 4 месяцев давление остается стабильным.

**Выводы.** Контроль офтальмотонуса является необходимой процедурой для всех больных

с аниридией. При нормальном ВГД с косметической целью можно рекомендовать подбор косметических контактных линз. Вопрос о хирургическом лечении данной патологии необходимо рассматривать у каждого ребенка индивидуально. Наличие подвывихнутого хрусталика не является абсолютным показанием к его удалению, так как эта операция сама может привести к повышению внутриглазного давления. Сочетанные антиглаукоматозные операции в различных модификациях приводят к стойкому снижению ВГД, стабилизации зрительных функций.

## Литература

1. Flious A. Result of treatment of glaucoma associated with aniridia / A. Flious, M. Odehnal, B. Drnova // *Cesk. Slov. Ophthalmol.* — 1998. — Vol. 54. — P. 18–21.
2. Koraszewska-Matuszewska, B. Cyclodestructive procedures in secondary glaucoma in children / B. Koraszewska-Matuszewska, R. Leszczynski, E. Samochowiec-Donocik, L. Nawrocka // *Klin Oczna.* — 2004. — Vol. 106. — P. 199–200.
3. Okamoto, F. Ultrasound biomicroscopic findings in aniridia / F. Okamoto, S. Nakano, C. Okamoto [et al.] // *Am. J. Ophthalmol.* — 2004. — Vol. 137 (5). — P. 858–862.
4. Shannon, R. S. Wilms's tumour and aniridia: clinical and cytogenetic features / R. S. Shannon, J. R. Mann, E. Harper [et al.] // *Archives of Disease in Childhood.* — 1982. — Vol. 57. — P. 685–690.
5. Walton, D. S. Aniridic glaucoma: the results of gonio-surgery to prevent and treat this problem / D. S. Walton // *Trans. Am. Ophthalmol. Soc.* — 1984. — Vol. 84. — P. 59–70.

**М. А. Карякин, Е. А. Степанова, С. А. Коротких**

## АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С IV И V СТАДИЯМИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ГБУЗ СО ДКБВЛ научно-практический центр «Бонум», г. Екатеринбург;*

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»  
Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург*

Дети, рожденные раньше 35 недель беременности и с массой тела менее 2000 г, входят в группу риска по развитию ретинопатии недоношенных (РН). Они требуют пристального внимания со стороны офтальмологов, так как только своевременное выявление РН и проведение лечения может предотвратить развитие тяжелых (IV и V) стадий РН, сопровождающихся развитием отслойки сетчатки и приводящих к частичной или полной потере зрения.

В Свердловской области ежегодно рождается около 58 000 детей. Из них недоношенными появляются на свет около 4–5 %. В дальнейшем ожидается увеличение количества глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела в связи с переходом России с 2012 г. на новые правила регистрации детей, родившихся в сроки

беременности от 22 недель и массой тела от 500 г [Голикова Т. А., 2010].

Особое место среди недоношенных детей занимают пациенты с IV и V стадиями РН. Тяжелые стадии заболевания выявляются при позднем обращении пациентов к врачу-офтальмологу, а также у тех детей, лазеркоагуляция сетчатки у которых оказалась неэффективной. Большинство таких пациентов — дети с осложненным течением РН («плюс» болезнь или задняя агрессивная форма заболевания). Для своевременной диагностики и оказания медицинской помощи недоношенным детям в Свердловской области модифицирован федеральный стандарт оказания медицинской помощи пациентам с ретинопатией недоношенных.

**Предлагаемый алгоритм своевременной диагностики и лечения IV и V стадий ретинопатии недоношенных** заключается в следующем:

При выявлении IV стадии РН пациент направляется на консультацию витреоретинального хирурга в хирургическое отделение Областного детского офтальмологического центра (ОДОЦ) для решения вопроса о необходимости оказания высококвалифицированной офтальмологической помощи.

При поступлении в стационар ОДОЦ для уточнения диагноза всем пациентам проводится полное офтальмологическое обследование, которое включает клинические методы: сбор анамнеза и жалоб; визуальное исследование глаз; исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения; исследование сред глаза в проходящем свете; офтальмоскопия. Функциональные методы: визометрия, тонометрия, биомикроскопия глаза. Специальные методы диагностики: ультразвуковое исследование глазного яблока, ультразвуковая биометрия глаза, фото- и видеорегистрация состояния глазного дна, осмотр угла передней камеры на цифровой широкоформатной педиатрической ретинальной камере Ret Cam II (США), регистрация зрительных вызванных потенциалов.

На основании полученных данных устанавливается клинический диагноз, уточняется стадия заболевания, активность, наличие или отсутствие вторичных осложнений РН.

В активный период заболевания при наличии начальной плоской отслойки сетчатки протяженностью менее трех часовых меридианов пациент повторно осматривается каждые 4 дня. Если во время динамического наблюдения выявлена стабилизация заболевания, отсутствие прогрессирования или регресс заболевания, то такой пациент переходит под наблюдение врача кабинета катамнеза областного центра ретинопатии недоношенных, откуда, при необходимости, направляется на дальнейшее консервативное лечение.

При наличии отслойки сетчатки протяженностью более трех часовых меридианов (когда вероятность самопроизвольного регресса РН минимальна) в самые короткие сроки проводится оперативное лечение — витрэктомия.

Решение о возможности проведения и объеме оперативного лечения принимает консилиум, включающий офтальмолога, педиатра и анестезиолога. При наличии декомпенсированного соматического заболевания, при котором риск проведения анестезии не менее III степени по шкале МНОАР, проводится необходимая предоперационная подготовка с последующим хирургическим лечением.

После хирургического лечения пациент регулярно приезжает в Областной центр ретинопатии недоношенных (ОЦРН) на диспансерное наблю-

дение. При этом оценивается анатомический и функциональный результат операции и при необходимости ребенок направляется на повторное оперативное лечение.

При выявлении V стадии РН пациент направляется на консультацию витреоретинального хирурга в хирургическое отделение ОДОЦ для решения вопроса о необходимости проведения оперативного лечения.

В активный период V стадии РН заболевания плановое оперативное лечение не проводится. Проводится регулярное диспансерное наблюдение до достижения восьмимесячного возраста. На ежемесячном диспансерном осмотре оценивается глубина передней камеры, выраженность воспалительного процесса, оценивается риск развития придо-роговичного контакта и, как следствие, кератопатии.

При значительном уменьшении глубины передней камеры, формировании задних синехий пациент направляется на хирургическое лечение РН.

Также на плановое хирургическое лечение направляются пациенты, достигшие восьмимесячного возраста.

Оперативное лечение V стадии РН проводится по предложенной методике (положительный результат заявки на патент № 2010148465/14 (070034) от 16.01.2012 «Способ хирургического лечения рубцовых стадий ретинопатии недоношенных»).

После хирургического лечения пациент регулярно приезжает в ОЦРН для динамического наблюдения. Результат хирургического лечения V стадии РН оценивается через 6 месяцев после операции на диспансерном осмотре.

При выявлении полного или частичного прилегания сетчатки пациент направляется в кабинет катамнеза, где ему подбирается необходимая контактная или очковая коррекция, проводятся курсы плеопто-ортоптического лечения для развития зрительных функций.

Если сетчатка после оперативного лечения не прилегла, то оценивается высота сохранившейся отслойки сетчатки, выраженность оставшейся фиброваскулярной ткани, вероятная эластичность сетчатки. При положительной динамике (уменьшении высоты отслойки сетчатки, незначительном остаточном количестве новообразованной фиброваскулярной ткани, которая оказывает остаточные тракции на сетчатку) пациент направляется на повторное хирургическое лечение.

При отсутствии положительной динамики (сохранении высокой отслойки сетчатки, несмотря на незначительный преретинальный фиброз) и большого возраста (старше трех лет) пациент остается под наблюдением в кабинете катамнеза, откуда он направляется на курсы медико-социальной реабилитации для занятий с тифлопедагогом, социальным работником и т. д.

Диспансерное наблюдение осуществляется до достижения 18 лет. При необходимости проводятся курсы консервативного лечения.

**Выводы.** Адаптированные для Свердловской области медико-экономические стандарты хирургического лечения пациентов с IV и V стадиями

РН позволяют проводить необходимое лечение своевременно, в полном объеме и по самым современным методикам в регионе выхаживания недоношенного младенца без длительной транспортировки в федеральные медицинские учреждения.

**А. Э. Кугушева, Р. А. Гундорова, П. В. Макаров, Д. Ю. Данилова**

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОЛИМБАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ С БЕЛЬМАМИ ОЖОГОВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*ФГБУ «Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития России, г. Москва*

Аутолимбальная трансплантация остается едва ли не единственным способом лечения ожоговых бельм с конъюнктивизацией в педиатрической практике. Положительный момент АуЛТ — возможность отказа от длительной иммуносупрессивной терапии, серьезно нивелируется вероятностью непосредственного или отдаленного повреждения парного интактного глаза, который является в данной ситуации донорским.

**Цель** — анализ отдаленных функциональных результатов аутолимбальной трансплантации у детей, перенесших ожоговую травму одного глаза.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 4 подростка в возрасте 11–14 лет с ожоговыми бельмами и конъюнктивизацией одного глаза. Пациентам под в/венным наркозом произведена операция АуЛТ по методике Kenyon K. R., Tseng S. C. G. (1989), у 2 пациентов одновременно производили пластику сводов расщепленными лоскутами слизистой с губы (1 и 2 лоскута). Операцию заканчивали трансплантацией амниотической мембраны с фиксацией к лимбу кисетным швом и формированием временной блефарорафии. Критерии оценки послеоперационного периода — динамика остроты зрения оперированного и «донорского» глаза, проба Ширмера, наличие или отсутствие жалоб

на состояние «донорского» глаза. Сроки наблюдения — 4 года.

**Результаты и обсуждение.** Послеоперационный период протекал у всех пациентов без осложнений. Эпителизация завершилась к 4–10 суткам. Отмечено постепенно улучшение зрения оперированного глаза в течение 6 месяцев и в дальнейшем стабильная острота зрения в течение всего срока наблюдения. Ни в одном случае не было выявлено рецидива конъюнктивизации роговицы, однако спустя 2 года у одного пациента снизилась прозрачность роговицы лимба в секторе операции, без заметного снижения остроты зрения. Ни в одном случае не было выявлено жалоб на состояние «донорского» глаза. Пробы Ширмера «донорского» глаза также были в пределах нормы.

**Выводы.** АуЛТ у детей с ожоговыми бельмами и конъюнктивизацией роговицы при монокулярной травме оказывает положительный и длительный функциональный эффект. Негативного воздействия операции на парный («донорский») глаз в течение 4 лет после операции не выявлено. Окончательный вывод о длительности функционального эффекта АуЛТ и вероятности негативного влияния забора АуЛТ-трансплантата с парного глаза возможен только после многолетних (20–40-летних) наблюдений.