

видящими детьми равных (со зрячими) возможностей для получения общего и профессионального образования, для разностороннего развития, повышения культурного уровня, более активного участия в общественной жизни. ИПРА для ребенка-инвалида проводится с учетом рекомендаций по медицинской реабилитации, которые должны быть указаны в направлении на МСЭ. Таким образом, в задачу офтальмолога входит определение ТСП для включения их в ИПРА. Для ребенка-инвалида ИПРА разрабатывается на 1 год, 2 года и до достижения возраста 18 лет. При необходимости внесения дополнений или изменений в ИПРА оформляется новое направление на МСЭ и составляется новая ИПРА, в которую вписываются реабилитационные и абилитационные мероприятия, в которых в настоящее время нуждается ребенок. Кроме того, офтальмологу следует рекомендовать родителю (законному представителю ребенка-инвалида) познакомиться с работой Республиканской библиотеки для слепых и с общественной организацией – Всероссийским обществом слепых (ВОС) для возможного получения нужной информации и оказания реальной помощи ребенку-инвалиду.

Захарова Т.А., Коротких С.А., Степанова Е.А.

Дифференцированный подход к хирургической реабилитации детей с врожденным птозом верхнего века

ГАУЗ Свердловской области многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум»;

ФГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Среди врожденных дефектов придаточного аппарата глаза птоз верхнего века занимает первое место. По литературным данным, около 9% пациентов детских офтальмологических стационаров страдают данной патологией

Врожденный блефароптоз оказывает отрицательное воздействие на нормальное функциональное развитие органа зрения: появляется амблиопия различной степени тяжести, расстройство бинокулярного зрения и ограничение поля зрения, в результате чего у ребенка

формируется вынужденное положение головы и нарушение осанки. Кроме того, птоз верхнего века представляет собой проблему косметического и эстетического характера, что в свою очередь неблагоприятно отражается на психическом развитии ребенка. Эстетические дефекты от опущения верхнего века зачастую сочетаются с различными видами косоглазия, неподвижностью глазного яблока, другими аномалиями придаточного аппарата глаза.

На сегодняшний день существует более 100 видов оперативных методик устранения блефароптоза, но до сих пор процент гипозэффектов составляет от 17 до 40% от общего числа оперированных больных. Поэтому вопрос поиска новых способов хирургического лечения птоза остается актуальным.

Цель: разработать дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения в зависимости от сложности врожденного птоза верхнего века у детей.

Материал и методы. Дифференцированный подход к хирургической реабилитации детей с врожденным птозом верхнего века включает разработанную нами классификацию клинических состояний и пакет формализованных правил ведения пациентов.

На основании анамнеза, диагностических критериев, с учетом возраста ребенка проведено распределение всех видов птоза верхнего века на 5 классов по степени тяжести и определены подходы к их хирургическому лечению. Предложенная авторская классификация клинических состояний и выбор соответствующего метода хирургического лечения представлены в *табл. 1 и 2*.

Варианты хирургической тактики врача в соответствии с клиническими состояниями при врожденном птозе верхнего века у детей позволяют упростить выбор на основе созданных формализованных правил.

Правила хирургической реабилитации простого птоза верхнего века следующие.

Правило 1. Если у ребёнка с рождения имеет место полный односторонний птоз, то осуществляется подвешивание пораженного верхнего века лейкопластырной повязкой или применяется метод кинезиотейпирования, и выполняется окклюзия здорового глаза для профилактики амблиопии. Хирургическое лечение проводится в возрасте от 2 лет (фронтальное подвешивание как этап хирургической реабилитации).

Правило 2. Если имеют место признаки амблиопии, непереносимость к процедуре подвешивания верхнего века, то проводится хи-

Таблица 1

**Классификация клинических состояний
при врожденном птозе верхнего века у детей**

Критерии	Классы				
	I	II	III	IV	V
Степень амблиопии	0 – II	0 – II	0 – II	III – IV	III – IV
Экскурсия верхнего века в мм	более 5 мм	менее 5 мм	менее 5 мм	более 5 мм	менее 5 мм
Функция глазодвигательного аппарата	нет нару- шений	нет нару- шений	есть нару- шения	нет нару- шений	есть нару- шения
Область зрачка прикрыта верхним веком	до 1/2	более 1/2	любая	любая	более 1/2
Возраст пациента	с 3-х лет	с 3-х лет	с 3-х лет	с 2-х лет	с 2-х лет

рургическое лечение в возрасте от 1 года (фронтальное подвешивание как этап хирургической реабилитации, затем резекция леватора и формирование пальпебральной складки).

Правило 3. Если нет признаков амблиопии и отмечается хорошая переносимость процедуры подвешивания верхнего века или окклюзии, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 15 лет (резекция леватора и формирование пальпебральной складки).

Правило 4. Если после проведения хирургического вмешательства в возрасте от 3 до 6 лет (при выполнении резекции леватора и формировании пальпебральной складки) нет функциональных нарушений, а сохраняется только косметический дефект, то в возрасте 15 лет выполняется косметическая коррекция под местной анестезией.

Правило 5. Если у ребёнка с рождения имеет место полный двухсторонний птоз и формируется вынужденное положение головы, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 1 года – фронтальное подвешивание как этап хирургической реабилитации, в 15 лет – резекция леватора и формирование пальпебральной складки, косметическая коррекция под местной анестезией.

Таблица 2

**Выбор метода хирургического лечения
в зависимости от класса клинического состояния**

Класс клинической ситуации	Метод хирургического лечения
I, II	Фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации с 3-летнего возраста. Показана резекция леватора в 15-летнем возрасте под местной анестезией
III	Первым этапом показано оперативное лечение на экстраокулярных мышцах. Если имеет место паретическое косоглазие, то показано фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации с 2 лет, а затем оперативное лечение на экстраокулярных мышцах
IV	Фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации с 2 лет
V	Фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации с 2 лет. Показано оперативное лечение на экстраокулярных мышцах

Правила хирургической реабилитации осложненного птоза верхнего века учитывают несколько клинических ситуаций.

Правило 1. Если у ребёнка с рождения имеет место птоз, осложненный страбизмом, то одновременно проводят диагностические и лечебные процедуры по поводу косоглазия и птоза, направленные на профилактику амблиопии. Оперативное лечение осуществляется в несколько этапов. Первым этапом выполняют операции по поводу косоглазия по стандартным методикам. Второй этап – устранение птоза верхнего века по вышеизложенным правилам. Коррекция косметических дефектов показана после 15 лет под местной анестезией.

Правило 2. При пальпебральном синдроме консервативное лечение проводится по поводу нарушений рефракции. Хирургическое вмешательство осуществляется, как и при простом птозе верхнего

века, по стандартным методикам в несколько этапов. Коррекция косметических дефектов выполняется после 15 лет (коррекция птоза, эпикантуса, латерального эктропиона, удлинение глазной щели).

Правило 3. Если у ребёнка с рождения имеет место синкинетический птоз (синдром Маркуса – Гуна), то хирургическое вмешательство с косметической целью выполняется в возрасте после 15 лет (резекция леватора или тарзomioэктомия).

Правило 4. Если у ребёнка с рождения имеет место птоз, осложненный офтальмоплегией, то оперативное лечение проводится в несколько этапов. Первым этапом проводят операции по поводу птоза верхнего века (фронтальное подвешивание), затем вторым этапом, в возрасте от 2-3 лет, – операции по поводу косоглазия по стандартным методикам. Последний этап – коррекция косметических недостатков после 15 лет.

Правило 5. Если у ребёнка с рождения имеет место псевдоптоз, или ложный птоз, то оперативное лечение проводится на экстраокулярных мышцах в возрасте от 3-х лет. Коррекция косметических дефектов – после 15 лет.

Таким образом, предложенный перечень правил хирургической реабилитации и консервативного лечения врожденного птоза у детей с учетом возрастных стандартов выполняет роль системного подсказчика и может быть использован либо в форме клинических рекомендаций, либо в качестве основы для разработки медицинской экспертной информационной системы.

Хотелось бы также подчеркнуть, что клинические состояния, такие как функция леватора, работа глазодвигательного аппарата, степень амблиопии и возраст пациента – это комплекс надежных критериев для выработки тактики устранения птоза и хирургической реабилитации, позволяющей получить хорошие функциональные и косметические исходы.