

Единственный способ лечения ВПР – сквозная кератопластика (СКП). Однако пересадка роговицы в детском возрасте сопряжена с многочисленными техническими трудностями и осложнениями, так что большинство офтальмохирургов предпочитают отказываться у детей от радикальной операции и переносить ее на более поздний срок, особенно у грудничков (до года). В то же время обскурационная амблиопия при ВПР развивается так быстро, что откладывание пересадки роговицы делает ее функционально бессмысленной. Решение этой проблемы видится только в одном – в продолжение накопления клинического опыта СКП в грудном возрасте, нацеленного на отработку практических приемов и улучшение биологических результатов операции.

Цель: изучить клинико-анатомические особенности и результаты хирургического лечения у младенцев и детей, оперированных до 3-х лет жизни по поводу ВПР и проходивших обследование и лечение в отделе патологии глаз у детей за период с 1 января 2000 года по 31 декабря 2019 гг.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы истории болезни пациентов с ВПР, впервые обратившихся для лечения в отдел патологии глаз у детей ФГБУ НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России за период с 1 января 2000 года по 31 декабря 2019 гг. Всего за истекший период под наблюдением находилось 158 пациентов (235 глаз) с ВПР. Их них аномалия Петерса была у 37 детей (56 глаз), склерокорнеа – у 28 (32 глаза), стафилома роговицы – у 15 (15 глаз), врожденная глаукома с помутнением роговицы – у 54 пациентов (96 глаз), дистрофия роговицы – у 10 (20 глаз), метаболические изменения – у 4 младенцев (8 глаз), исход внутриутробной инфекции – у 9 (12 глаз). 125 (53%) глаз были подвергнуты СКП, выполненной у 78 детей в возрасте от 2 до 36 месяцев. Средний возраст составил $15,2 \pm 2,1$ мес. Соотношение мальчиков и девочек было приблизительно одинаковым. СКП проводилась по стандартной методике. В качестве донорского материала использовали кадаверную роговицу с давностью забора не более 48 часов. Послеоперационное наблюдение продолжалось от 3 месяцев до 18 лет, при этом средний период наблюдения в выборке составил $26,1 \pm 8$ мес. Биологический результат операции оценивали в терминах выживаемости трансплантата (модель Каплана - Майера). Все пациенты до операции проходили полное офтальмологическое обследование под медикаментозным наркозом, в обязательный стандарт входила ультразвуковая биомикроскопия (УБМ).

Результаты. 68 (43%) детей имели одностороннее помутнение роговицы, иридокорнеальные сращения были отмечены у 86 (54,4%) детей, катаракта – у 36 (22,8%), системные аномалии выявлены у 19 (12%) пациентов.

125 (53%) глаз были подвергнуты СКП, выполненной у 78 детей в возрасте от 2 до 36 месяцев. Из них 42 операции были выполнены по поводу аномалии Петерса (33,6%), 22 (17,6%) – у детей со склерокорнеа, 15 (12%) – у детей со стафиломой, 17 (13,6%) – у младенцев с помутнением роговицы, ассоциированным с врожденной глаукомой, с дистрофией роговицы хирургическое лечение проведено у 20 (16%) пациентов и у 9 (4,2%) – помутнение роговицы было исходом внутриутробной инфекции (ЦМВ, краснуха, гепатит), подтвержденной иммунологически.

В течение 1 года после операции частота прозрачного приживления трансплантата у младенцев и детей до 3-х лет составляла 65%. На 2 и 3-ем году наблюдения число прозрачных трансплантатов незначительно продолжало сокращаться. В конечном итоге через 2 года после операции у грудничков выживаемость трансплантата составила 58%, а через 3 года после операции – 54%.

Удовлетворительные биологические и функциональные результаты отмечены при врожденных дистрофиях роговицы и при аномалии Петерса 1 типа, неудовлетворительные – при стафиломах роговицы и при ВПР на фоне внутриутробной инфекции.

Выводы

1. Исследования показали, что ВПР у младенцев и детей до 3-х лет имеют различные клинико-анатомические проявления.

2. Тщательный медицинский анамнез, клиническое обследование с использованием дополнительных диагностических методик, таких как УБМ, имеют решающее значение для постановки точного диагноза, а также для предоставления рекомендаций по выбору тактики лечения.

3. Выживаемость трансплантата через 1 год после операции у младенцев и детей до 3 лет составляет 65%, через 2 и 3 года – 58 и 54% соответственно.