

УДК 617.741-004.1-053.1-036

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗА И ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ ДО ДВУХЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ КАТАРАКТАМИ

Н. Ф. Боброва, д-р мед. наук, проф., **А. Н. Дембовецкая**, канд. мед. наук, ст. науч. сотр.,
А. К. Жеков, мл. науч. сотр.

ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины"

Проаналізована наявність супутньої патології ока та організму дітей раннього віку (1-24 місяців) з вродженими катарактами. Виявлено, що в 83% випадків у дітей з вродженими катарактами раннього віку діагностувалася загальна супутня патологія, при цьому патологія ЦНС — в 66,3%, серед якої переважала гіпоксично-ішемічна енцефалопатія. Функціональні ускладнення, пов'язані з вираженим помутнінням кришталікових мас, є важким супутнім ураженням ока, частіше реєструвалися при повних і атипичних формах вроджених катаракт, що стало показанням для ранньої хірургії.

Ключевые слова: катаракта врожденная, дети раннего возраста, глазная патология, общая патология.

Ключові слова: катаракта вроджена, діти раннього віку, очна й загальна патологія.

Врожденные катаракты составляют более половины — до 61,1% случаев, всех врожденных дефектов зрения и являются одной из наиболее частых причин слепоты и слабовидения. По данным различных авторов, на долю врожденных катаракт, среди причин слепоты приходится 12,1-13,4% случаев, среди причин слабовидения — 13,2-24,1% [1, 2, 6, 12]. В одной трети всех случаев заболевание является наследуемым [3, 4].

Проблема низких зрительных функций у детей с врожденной катарактой усугубляется наличием сопутствующей общей и глазной патологией. Так, по данным некоторых авторов, сопутствующая врожденная патология глазного яблока: микрофтальм, микрокорнея, нистагм, недоразвитие зрительного анализатора, дегенерация сетчатки, наблюдается у 36,8-93,7% детей с врожденными катарактами. Очевидно, что результаты лечения в этой группе больных будут значительно ниже.

Формирование зрительных процессов зависит от состояния периферического отдела зрительного анализатора. Заболевания сетчатки и зрительного нерва, снижающие поток зрительной информации в раннем возрасте, приводят к вторичным депривационным изменениям в проекционных и ассоциативных областях коры [3, 7, 15, 20, 23].

Нарушение зрительных функций в связи с депривацией зрительной оси врожденной катарактой в раннем возрасте отрицательно влияет на созревание перцептивных процессов и обуславливает своеобразие психического развития слепых и слабовидящих детей. У них формируется особая

психологическая система, которая качественно и структурно отличается от системы нормально развивающегося ребенка [7, 10].

Исследования последних лет свидетельствуют о возможности получения высоких зрительных функций после имплантации интраокулярной линзы в ходе факоаспирации врожденных катаракт у детей [5, 7, 8, 9, 13, 18, 20, 22].

Цель: изучить и проанализировать сопутствующую патологию глаз и организма у детей раннего возраста (1-24 месяцев) с врожденными катарактами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: под нашим наблюдением находились 100 детей (159 глаз) в возрасте от 1 до 24 месяцев жизни. Средний возраст составил $(9,9 \pm 5,3 \text{ SD})$ месяцев. Определение остроты зрения проводилось по оптотипам Teller. Общеофтальмологическое обследование выполнялось в условиях общей анестезии и включало: осмотр глаз при боковом, фокальном освещении и в проходящем свете; биомикроскопию с использованием щелевой лампы SL 1000 (Alcon); кератометрию (Nidek KM 500); УЗ-дистанционную биометрию; УЗ-сканирование переднего и заднего отделов глаза (CineScan); тонометрию (стандартным набором тонометров Маклакова); офтальмоскопию; биомикрофотографирование глаз в обратном свете (фотощелевая лампа фирмы Carl Zeiss).

Дополнительно в качестве подготовки к оперативному лечению по поводу врожденной катаракты все дети прошли комплексное обследование у педиатра и при необходимости — смежных специалистов (невропатолога, кардиолога, пульмонолога и др.).

Для выполнения адекватной оценки полученных функциональных результатов в результате хирургического ле-

© Н. Ф. Боброва, А. Н. Дембовецкая, А. К. Жеков, 2009.

чения врожденной катаракты у всех 100 детей мы провели анализ наиболее веских анамнестических и метрических алгоритмов анализа Вальда, влияющих на развитие соматической сопутствующей патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Изучение клинических типов врожденных катаракт у 100 детей наблюдаемой группы показало, что преимущественно (74,2%) встречались бинокулярные катаракты — у 59 детей (118 глаз), монокулярные катаракты диагностированы у 41 ребенка (41 глаз) в 25,8% (рис. 1).

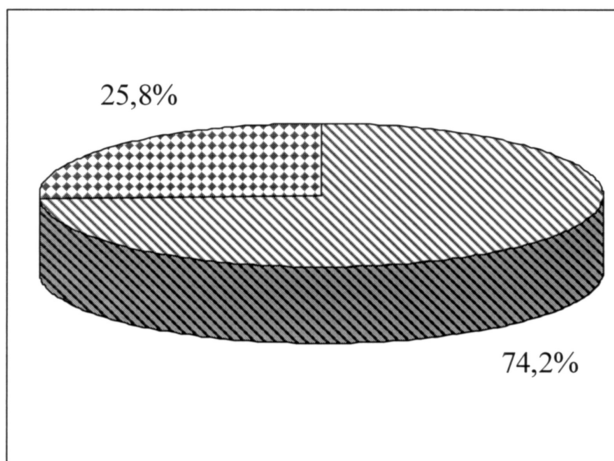


Рис. 1. Частота встречаемости бино- и монокулярных врожденных катаракт у детей раннего возраста (1-24 месяца)

При бинокулярных катарактах преобладали атипичные и полные формы (39,1 и 35,5% соответственно), слоистые катаракты составили 25,4%.

При монокулярных катарактах в большинстве случаев также встречались атипичные катаракты (75,6%), в то время как полные и слоистые формы встречались одинаково редко (по 12,2%).

При анализе клинических форм врожденных катаракт, условно разделенных на группы по классификации Н. Ф. Бобровой, А. Н. Хмарук (2003 г.), выявлено преобладание атипичных форм с нарушением как формы, так и объема хрусталика, диагностированных на 77 глазах 48,4% (рис. 2). В этой группе врожденных катаракт преобладали (44,4%) заднекапсулярные, реже (23,3%) встречались полурассосавшиеся формы, в 18,1% случаев обнаружен задний лентиконус, переднекапсулярные катаракты были в 14,2% случаев.

Согласно той же классификации, полные катаракты с сохранением формы и объема хрусталика, но с диффузным помутнением его вещества выявлены нами на 47 глазах (29,6%). При этом в 7% случаев наблюдались молочные катаракты (рис. 3 и 4).

Слоистые катаракты, включающие, по приведенной классификации, клинические формы врожденных катаракт с сохранением анатомического строения хрусталика, но с неравномерным помутнением его вещества, преимущественно эмбриональ-

ного ядра и частично прозрачными кортикальными массами (зонулярные, ядерные, передне-, заднекортикальные, частичные), диагностировались реже всего (22,0%) — на 35 глазах. Следует отметить, что такие катаракты, как правило, оперируются в более старшем возрасте, поскольку остаточное зрение, формирующееся за счет сохранивших прозрачность кортикальных масс, позволяет, в ряде случаев (при небольшом диаметре помутневшего ядра), избежать формирования амблиопии. В наблюдаемых нами случаях у детей раннего возраста имелись более выраженные и интенсивные помутнения ядра с отсутствием возможности ретиноскопии, что способствовало раннему хирургическому вмешательству.

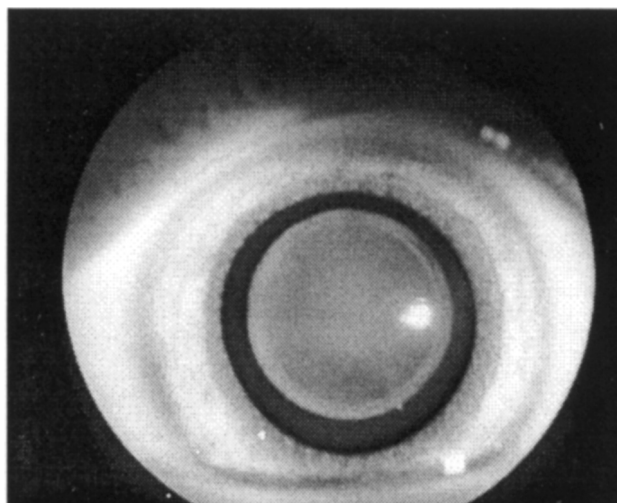


Рис. 2. Слоистая ядерная катаракта у ребенка 12 месяцев

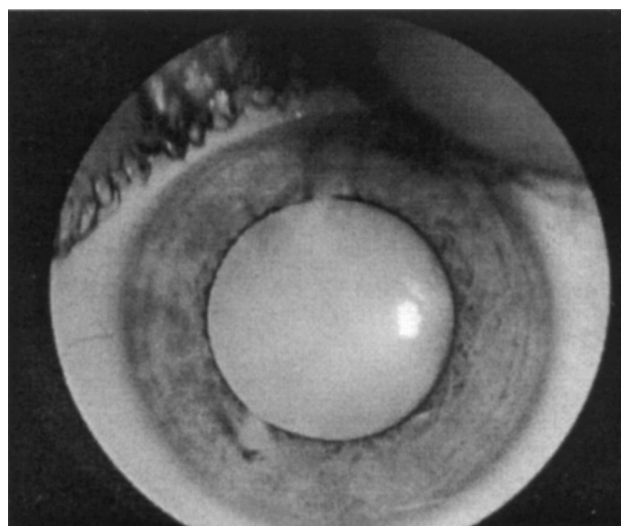


Рис. 3. Полная катаракта у ребенка 4 месяцев

Анализ клинических форм монокулярных катаракт показал, что в большинстве случаев также встречались атипичные (75,6%), а полные и слоистые катаракты диагностировались одинаково (12,2%) редко (рис. 1-3).

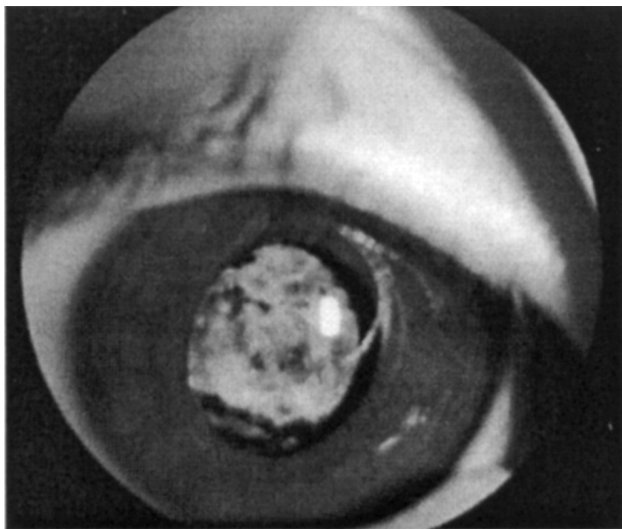


Рис. 4. Атипичная полурассосавшаяся катаракта у ребенка 5 месяцев

Патологические изменения хрусталика при врожденных катарактах в наблюдаемой группе сочетались с рядом органических и функциональных поражений глазного яблока. При этом нами выявлена различная частота встречаемости сопутствующей патологии при разных клинических формах врожденных катаракт.

По данным ряда авторов, чаще всего отмечают врожденные органические поражения, приводящие к аномалии развития глаза в целом — микрофтальму; недоразвитию роговицы — микрокорнея; структурным аномалиям зрачка и радужки — аниридии, зрачковым мембранам, ригидности зрачка; в единичных случаях диагностируется нарушение регресса гиалоидной артерии и сопутствующая патология век [14, 20, 23]. При этом доказано, что при атипичных формах врожденных катаракт, сопутствующая патология диагностируется достоверно чаще. Помимо сопутствующей патологии, имеют место функциональные осложнения в виде косоглазия и сенсорного нистагма, которые достоверно чаще регистрируются при полных и атипичных катарактах [16, 17].

Анализ сопутствующей патологии и функциональных осложнений на глазах с врожденными катарактами у детей в возрасте до 24 месяцев показал следующее:

макрофтальм диагностирован в 0,6%, при атипичных катарактах в 1,3%;
микрофтальм — 7,9%, при атипичных катарактах в 16,6%;
микрокорнея — 0,6%, при атипичных катарактах — 1,3%;
микросферофакция — 1,2%, при атипичных катарактах — 2,6%;
ригидность зрачка — 5,5%, при атипичных катарактах — 11,5%;

рубцов радужки — 0,6%, при атипичных катарактах — 1,3%;

повышение ВГД перед операцией — 1,2%, при атипичных катарактах — 2,6%;

миопия высокой степени — 0,6%, при атипичных катарактах — 1,3%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о явном преобладании тяжелой сопутствующей патологии глаза при атипичных формах врожденных катаракт.

Изучение функциональных осложнений на глазах исследуемой группы выявило, что при слоистых катарактах осложненное косоглазие и сенсорный нистагм наблюдались только на 9 глазах (25,7%).

При полных катарактах косоглазие наблюдалось на 16 глазах (34,0%), в том числе на 2 глазах с вертикальным компонентом, а сенсорный нистагм на 18 (38,3%) глазах, из них на 2 глазах с ротаторным компонентом.

В группе атипичных катаракт косоглазие диагностировалось на 25 глазах (32,5%).

Эти факты позволяют сделать заключение о том, что функциональные осложнения, связанные с выраженным помутнением хрусталикового вещества и тяжелым сопутствующим поражением глаза, чаще всего регистрируются при полных и атипичных катарактах, что полностью согласуется с данными других авторов [10, 11]. Следовательно, такие формы врожденных катаракт, безусловно, являются показанием для ранней хирургии.

Соматическая сопутствующая патология, чаще всего перинатальное поражение центральной нервной системы, приводит к гипоксии и ишемии органов и тканей организма, в том числе и глаза, что по нашему предположению, влияет на конечный функциональный результат, полученный после операции детей по поводу врожденной катаракты.

Кроме того, задержка психомоторного и речевого развития как результат сопутствующей патологии, особенно поражения ЦНС, затрудняет процессы восприятия и формирования зрительных образов и их анализа в отделах ЦНС. Это, по нашему мнению, несомненно, также влияет на конечный функциональный результат.

Среди алгоритмов Вальда нами были проанализированы самые значимые для формирования патологии центральной нервной системы:

- 1 — соматические болезни родителей;
- 2 — родоразрешение путем Кесарева сечения (в противовес естественным родам);
- 3 — интранатальная гипоксия плода;
- 4 — вес плода при рождении меньше 2500 г и больше 4000 г.

1. В группе исследованных детей соматические болезни родителей нами выявлены в 3 случаях, среди которых олигофрения и хондродистрофия матери не сочетались с поражением ЦНС у ребенка,

тогда как гидронефроз почки (1 случай) и саркоидоз у матери (1 случай) — привели к выраженному поражению ЦНС у детей.

2. Родоразрешение методом Кесарева сечения выявлено у 18 матерей из 100. При этом наши данные совпадают с данными литературы [14], о том, что при данном типе родоразрешения различная соматическая патология у ребенка встречается чаще, чем у детей, рожденных естественным путем. Так, из 18 детей после Кесарева сечения у 13 имелось поражение ЦНС, у 1 — дисбактериоз и только у 4-х новорожденных сопутствующая патология отсутствовала.

3. Интранатальная гипоксия плода у исследуемых нами детей возникала на фоне токсикоза первой и второй половины беременности матери, пиелонефрита беременных или угрозы прерывания беременности, которые наблюдались у 16 матерей и во всех случаях сочетались с поражением ЦНС у рожденных детей.

4. Вес при рождении меньше 2500 г наблюдался у 4 детей и составлял соответственно 1300, 1500, 2000, 2006 г. У всех детей с малым весом при рождении отмечался тяжелый послеродовой период и в постнатальном периоде диагностировано поражение ЦНС, в двух случаях сочетающееся с врожденным пороком сердца.

Среди детей наблюдаемой группы (у 4 из 100) с весом при рождении более 4000 г — патология ЦНС наблюдалась только у 2, а двое были соматически здоровыми.

При анализе общей соматической патологии 100 детей с врожденными катарактами сопутствующая патология нами выявлена в 83% у 83 детей (рис. 5).

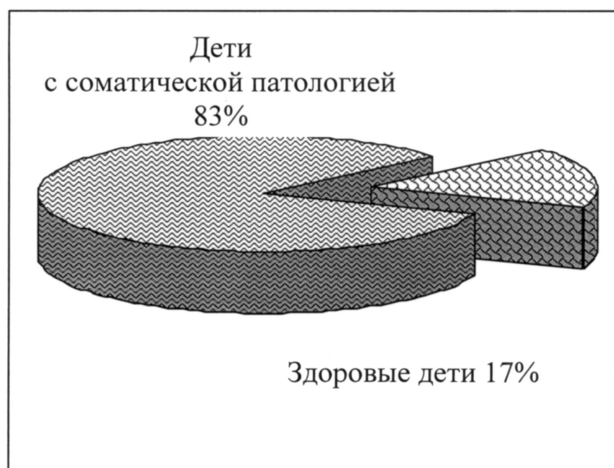


Рис. 5. Частота соматической патологии среди детей раннего возраста с врожденными катарактами

Наиболее весомое место (66,3%) в структуре сопутствующей патологии в исследуемой нами группе детей занимало поражение ЦНС (рис. 6) — 55 слу-

чаев; поражение сердечно-сосудистой системы обнаружено в 16 случаях (19,3%); реже всего отмечалось поражение дыхательной системы — 6 случаев (7,2%), желудочно-кишечной системы — 4 случая (4,8%) и другие (кривошея, гидронефроз почки и др.) в 2 случаях — 2,4%.

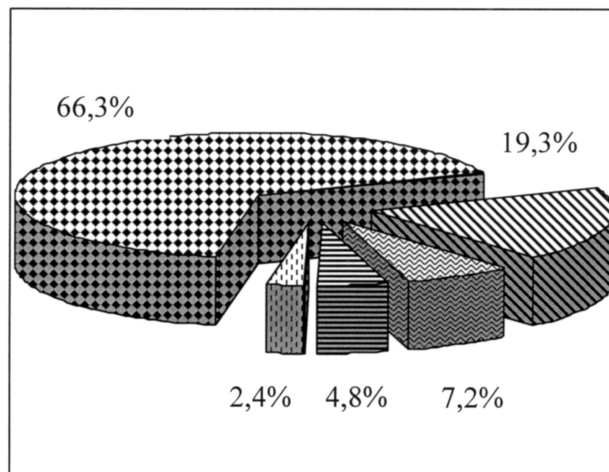


Рис. 6. Разновидности общей патологии организма у детей раннего возраста с врожденными катарактами

Сочетанное поражение ЦНС и сердечно-сосудистой системы наблюдалось в 8 случаях — 9,6%, а патология ЦНС и дыхательной системы отмечена нами в 4 случаях (4,8%).

Поражение ЦНС у новорожденных было обусловлено многими факторами: родовой травмой, внутриутробной гипоксией плода и асфиксией при рождении, внутриутробными и неонатальными инфекциями, врожденными дефектами и наследственными заболеваниями.

Поражение ЦНС приводит к дисциркуляторным и дистрофическим изменениям, отечно-геморрагическим проявлениям, в результате чего возникает грубая патология ЦНС и опорно-двигательного аппарата, ДЦП в зависимости от их тяжести, или же выздоровление в результате правильной и своевременной медицинской реабилитации. Последнее объясняется «неспецифической реакцией нервной системы», которая проявляется краткосрочным поражением ЦНС на фоне расстройств гомеостатических механизмов (сосудистого, ликворного, метаболического) и спустя время на фоне лечения срабатывают адаптационные механизмы и неврологическая симптоматика исчезает [21].

Поражение ЦНС, наблюдаемое нами у 55 обследуемых детей с врожденными катарактами, было в виде антенатальной патологии (16 детей — 29,1%) и перинатальной (39 детей — 70,9%) — таблица 1, среди которой превалировала гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭП) в 60% (рис. 7) и гипоксически-ишемическая энцефалопатия сочетающаяся с родовой травмой в 10,9%.

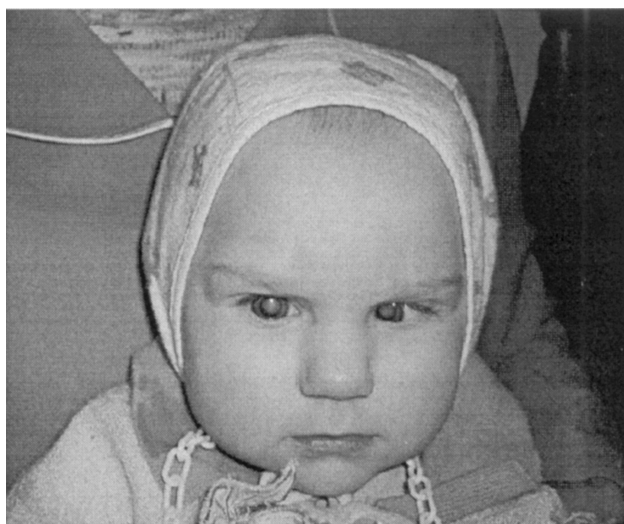


Рис. 7. Фото ребенка 7 мес. с врожденными полными катарактами. Врожденная микроцефалия, органическое поражение ЦНС в исходе внутриутробной TORCH-инфекции

Таблица 1

Виды патологии ЦНС (среди 55 детей) с врожденными катарактами

Аntenатальная	Перинатальная	
16 детей (29,1%)	39 детей (70,9%)	
	ГИЭП	ГИЭП + травма
	33 ребенка (60%)	6 детей (10,9%)

Среди детей с тяжелым антенатальным поражением ЦНС нами особое внимание было уделено детям с болезнью Дауна, генетическим заболеванием, связанным с трисомией по 21 хромосоме с характерными признаками заболевания, включающими микробрахицефалию, мошончатый язык, короткопалость, клинодактилию, поперечную борозду на ладонях, умственную отсталость. Синдром Дауна отмечен нами у 5 из 55 детей с поражением ЦНС 9(61%).

Перинатальная патология клинически проявляется разнообразными синдромами. Двигательные, пароксизмальные, речевые, поведенческие нарушения представлены синдромом детского церебрального паралича (ДЦП), судорожным синдромом, синдромом минимальной церебральной дисфункции, синдромами микроцефалии и гидроцефалии. Виды выявленной нами перинатальной патологии ЦНС среди 39 наблюдаемых детей представлены в таблице 2.

Перинатальная патология, включающая в себя множество различных клинических проявлений поражения ЦНС, может быть вызвана также широким разнообразием причинных факторов: недостаточным питанием плода, инфекциями, травмами, токсическими воздействиями, заболеваниями в родах, травмами в родах, гипоксией. Эти неблагоприятные влияния на эмбрион и плод приводят

к повреждению соответствующих структур мозга. Особое место в перинатальной патологии принадлежит детскому церебральному параличу (ДЦП). ДЦП — это преимущественное поражение двигательных областей мозга; при судорожном синдроме — преимущественное поражение коры; при минимальной церебральной дисфункции — диффузное страдание мозга или речевых центров, в некоторых случаях диффузное поражение приводит к умственной отсталости [21].

Таблица 2

Виды перинатальной патологии ЦНС среди детей с врожденными катарактами

Перинатальная патология	
39 детей (100,0%)	
ГИЭП 33 ребенка (84,6%)	ГИЭП + травма 6 детей (15,4%)
ДЦП-3	+ синдром двигательных нарушений — 4
	+ кровоизлияние в головной мозг — 1
	+ перелом ключицы — 1

У исследуемых нами детей с врожденными катарактами и перинатальной патологией синдром ДЦП имелся у 3 больных (5,4% от больных с поражением ЦНС) и проявлялся выраженными двигательными расстройствами и выраженной задержкой психо-речевого развития.

Имеющиеся у новорожденных проявления поражения ЦНС являются результатом необратимых морфологических изменений в мозге, но в то же время, характеризуются непостоянством клинических проявлений. С возрастом происходит изменение характера синдрома, которое определяется продолжающимся процессом развития мозга, его меняющимися приспособительными механизмами. С другой стороны, при грубом органическом поражении ЦНС, имеющиеся у больного клинические проявления существуют пожизненно, и у большинства больных поддаются небольшой коррекции [19].

Перинатальное поражение ЦНС, сочетающееся с родовой травмой, в группе детей с врожденной катарактой и соматической патологией имелось у 6 детей, что составило 10,9% от детей с поражением ЦНС. Воздействие травмирующих факторов влечет за собой местные и общие реактивные изменения тканевых структур мозга. Выраженность изменений при внутричерепной родовой травме весьма вариабельна, что обусловлено разнообразием действующих факторов, неодинаковой интенсивностью их повреждающего воздействия, влиянием имеющейся гипоксии (перинатальное повреждение), глубиной местного повреждения тканей, локализацией и распространенностью расстройства мозгового крово- и ликворообращения. Разнообразие клинических проявлений при внутриродовой черепной травме

зависит от степени и вида повреждения. Распространенность дисциркуляторных расстройств и глубина нейродинамических сдвигов, сочетающихся с дополнительными факторами раздражения мозга и выпадения его функций, очагами травматического повреждения, кровоизлияниями определяют тяжесть симптоматики от легкой до тяжелой. В любом случае внутричерепной родовой травмы динамика клинической картины может меняться очень быстро как в сторону ухудшения, так и в сторону улучшения, в зависимости от локализации и степени повреждения и зрелости плода на момент рождения. В группе исследуемых нами детей с родовой травмой поражение ЦНС сочеталось с переломом ключицы, с ротацией позвоночника в шейном отделе С1, кефалогематомой, кровоизлиянием в мозг и отеком мозга.

По данным ВОЗ, у новорожденных детей пороки сердца и магистральных сосудов встречаются довольно часто, в 1% случаев.

Из 83 детей с врожденными катарактами и с соматической патологией поражение сердца и магистральных сосудов отмечено в 19,3% случаев. Среди кардиопатологии преобладали пороки сердца у 14 детей — 87,5%, единично встречались кардиопатии и гемангиомы. Пороки сердца включают разнообразие анатомических вариантов и сопровождаются признаками нарушения кровообращения и без них [19].

Среди врожденных пороков сердца (табл. 3) выявлена малая аномалия развития сердца — дополнительная хорда полости левого желудочка у 3 пациентов. Порок не требовал хирургического вмешательства, поскольку не приводил к нарушению кровообращения. Среди пороков, которые могут приводить к недостаточности кровообращения, в группе исследованных детей чаще всего встречалось открытое овальное окно — у 6 пациентов, 2 из них были прооперированы в связи с выраженной сердечной недостаточностью.

Таблица 3

Виды патологии сердечно-сосудистой системы среди детей с врожденными катарактами

Пороки сердца		Кардиопатии
14 детей (87,5%)		2 (12,5%)
Открытое овальное окно	6	
Дополнительная хорда левого желудочка	3	
Стеноз легочной артерии	1	
Аортальный проток	1	
Гемангиомы	3	

Среди цианотичных пороков, требующих срочного оперативного вмешательства в раннем возрасте в связи с выраженным нарушением кровообращения, в группе исследуемых детей у одного ребенка был оперированный стеноз легочной артерии и у одного — оперированный аортальный проток.

В структуре соматической патологии заболевания дыхательной системы составили 7,2%. При этом превалировала пневмония — 4 больных, у 2 больных — обструктивный бронхит. Данная патология была выявлена в сроки от 1 недели до 5 месяцев от рождения. Следует отметить, что поражения дыхательной системы (пневмония и обструктивный бронхит) у новорожденных и детей раннего детского возраста приводило к нарушению гомеостаза в организме ребенка, нарушению всех видов обмена, что способствовало гипоксии всех тканей и органов, в т. ч. и глаза.

У детей с врожденными катарактами наличие патологии пищеварительной системы приводит к нарушению кислотно-щелочного равновесия в организме, недостаточному насыщению тканей и органов питательными веществами, витаминами и микроэлементами, вследствие нарушений всех видов обмена, анемии. Особенно это ухудшает состояние здоровья детей с поражением ЦНС, т. к. затрудняет и замедляет восстановление этих поражений.

В группе обследованных нами детей поражение пищеварительной системы было отмечено в 4,8% и наблюдалось в виде гепатита, энтероколита, дискинезии желчевыводящих путей, дисбактериоза кишечника, а также в одном случае выявлена оперированная атрезия ануса.

Особое место занимает поражение плода внутриутробной инфекцией, чаще, по данным литературы, TORCH — инфекцией (токсоплазмоз, краснуха, хламидии), а также цитомегаловирусом, вирусом герпеса. Заражение эмбриона или плода происходит трансплацентарно. Размножение попавшей в организм плода инфекции происходит в клетках ретикулоэндотелиальной системы, в нервной ткани и в органе зрения. Избирательное поражение сосудистой сети ведет к развитию дегенеративных и пролиферативных изменений в органах плода.

В наших исследованиях у трех детей поражение ЦНС с преимущественными двигательными нарушениями было вызвано внутриутробной TORCH-инфекцией.

ВЫВОДЫ

1. Выявлено, что у детей раннего возраста с врожденными катарактами в 83% случаев диагностируется общая сопутствующая патология, при этом в 66,3% патология ЦНС, среди которой превалирует гипоксически-ишемическая энцефалопатия.

2. Функциональные осложнения, связанные с выраженным помутнением хрусталикового вещества и тяжелым сопутствующим поражением глаза, чаще регистрируются при полных и атипичных формах врожденных катаракт, что является показанием для ранней хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анина Е. И., Мартопляс К. В. Распространенность врожденной катаракты среди детского населения Украины // Тези міжнар. конф. офтальмологів «Сучасна мікрохірургія вроджених катаракт у дітей. Жива хірургія». — Одеса, 2003. — С. 34-35.
2. Анина Е. И., Мартопляс К. В. Состояние офтальмологической помощи детям с врожденной катарактой в Украине // II конференція дитячих офтальмологів України 2-4 жовтня 2003 р. — Судак, АР Крим. — С. 21-22.
3. Азнабаев М. Т., Авхадеева С. Р., Калинина Т. М. Социальная адаптация детей с врожденной наследственной катарактой // Проблемы офтальмологии: итоги и перспективы развития: Сб. науч. тр. К 75-летию Уфимского НИИ глазных болезней. — Уфа, 2001. — С. 79-82.
4. Азнабаев М. Т., Азнабаев Р. А., Кинзябулатова О. Ю. // Актуальные проблемы детской офтальмохирургии: Материалы науч. конф. — М., 2002. — С. 5-8.
5. Аветисов Э. С., Ковалесский Е. И., Хватова А. В. Руководство по детской офтальмологии. — М.: Медицина, 1987. — 495 с.
6. Боброва Н. Ф. Природжена катаракта у дітей // Тези та лекції II конф. дитячих офтальмологів України. — Судак, 2003. — С. 217-230.
7. Боброва Н. Ф., Сорочинская Т. А., Пикалова Л. Д. Причины слепоты и методы медицинской реабилитации по данным обследования специнтерната для слепых детей // Офтальмол. журн. — 1994. — № 1. — С. 13-16.
8. Боброва Н. Ф., Зеттерстрем Ш., Кугельберг У. и др. Функциональные результаты факоаспирации с имплантацией складывающихся ИОЛ Acrysof при врожденных катарактах у детей // Тези міжнародної конф. офтальм. «Сучасна мікрохірургія вроджених катаракт у дітей. Жива хірургія». — Одеса, 2003. — С. 36-37.
9. Боброва Н. Ф., Романова Т. В., Зеттерстрем Ш. с соав. Первичный задний капсулорексис в профилактике вторичных катаракт у детей // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. науч. статей. — Москва, 2003. — С. 69-72.
10. Венгер Г. Е., Солдатова А. М., Венгер Л. В., Кресюн Н. В. Особенности хирургического лечения врожденных катаракт у детей // II конференція дитячих офтальмологів України 2-4 жовтня 2003 р. — Судак, АР Крим. — С. 50-51.
11. Веселовская З. Ф. Катаракта. — Киев: Книга плюс, 2002. — 204 с.
12. Воложенина О. В., Романова И. А., Авакимян Р. А. Анализ врожденной патологии органа зрения // Материалы науч.-практич. конф. «Актуальные вопросы детской офтальмологии». — М., 1997. — С. 3-5.
13. Двали М. Л., Габашвили Т. Т., Берадзе И. И. Функциональные результаты различных методов коррекции афакии // Вестн. офтальмол. — 2002. — № 2. — С. 40-41.
14. Могилевский В. В., Ковалев В. Д., Переварюха А. В. Отдаленные результаты хирургического лечения катаракты различных этиологий с интраокулярной коррекцией у детей // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. науч. статей. — Москва, 2003. — С. 231-234.
15. Пеньков М. А., Зубарев С. Ф., Мазумдар М. К. Результаты лечения косоглазия и амблиопии у детей раннего возраста (до 3 лет) с афакией // Офтальмол. журн. — 1987. — № 6. — С. 335-338.
16. Хватова А. В., Зубарева Л. Н., Сидоренко Е. И., Мишустин В. В. Актуальные проблемы детской офтальмологии // VII Съезд офтальмол. России: Тез. докл. — М., 2000. — С. 311-317.
17. Хмарук А. Н. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Одеса, 2004. — 18 с.
18. Ben Ezra D., Cohen T. Posterior capsulectomy in pediatric cataract surgery // Ophthalmol. — 1997. — Vol. 104. — P. 2168-2174.
19. Gordon R. A., Donzis P. B. // Arch. Ophthalmol. — 1985. — Vol. 103. — P. 785-789.
20. Moisseiev J., Segev F., Harizman N. et al. Primary cataract extraction and intraocular lens implantation in pediatric cataracts // Ophthalmol. — 2001. — Vol. 108, № 6. — P. 1099-1103.
21. Silbert M., Gurwood A. S. Clin Eye Vis Care. Persistent hyperplastic primary vitreous // Lin. Eye Vis. Care. — 2000 Dec; 12 (3-4). — P. 131-137.
22. Stahl E., Zubcov A. A., Schnaudigel O. E. et al. Capsular sack-fixed IOL implantation in pediatric cataract. Visual prognosis and complications // Ophthalmology. — 1998. — Vol. 95, № 2. — P. 88-91.
23. Sudarshan Khokhar and Harpreet Singh. Functional outcomes of acrylic IOLs in pediatric cataract surgery // J. Cataract & Refract. Surg. — 2005. — Vol. 31, № 6. — P. 1084.

Поступила 23.01.2009.

Рецензент канд. мед. наук Т. А. Сорочинская

CONCOMINANT PATHOLOGY IN CHILDREN UNDER 2 YEARS WITH CONGENITAL CATARACTS

Bobrova N. F., Dembovetskaya A. N., Zhekov A. K.

Odessa, Ukraine

The presence of the eye and organism accompanying pathology in infants (1-24 m/o) with congenital cataracts was analyzed. General accompanying pathology is diagnosed in 83% in infants with congenital cataracts, pathology CNS in 66,3% with hypoxic-ischemic encephalopathy prevalence. The functional complications caused by advanced expressed lens opacification and severe accompanying eye pathology frequency, are registered at full and atypical types of congenital cataracts that is the indication for early surgery.