



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ»
ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ
ПО ОФТАЛЬМОПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ АНОФТАЛЬМОМ И МИКРОФТАЛЬМОМ. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Согласовано на заседании экспертного совета 04.10.2017



Согласовано на заседании экспертного совета 04.10.2017

ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ АНОФТАЛЬМОМ И МИКРОФТАЛЬМОМ. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Ответы на часто возникающие вопросы

Ребенку поставили диагноз «врожденный анофтальм/ микрофтальм». Что это такое?

Анофтальм – отсутствие глаза.

Микрофтальм – уменьшение, внутриутробное недоразвитие глазного яблока. Такой глаз выглядит значительно меньше здорового, либо его не видно вообще.

Чаще односторонний, иногда двусторонний.

Микрофтальм бывает 3 степеней:

1 – легкой (нанофтальм), когда уменьшение на 1 - 2,5 мм относительно здорового (интактного) глаза. Здоровый глаз новорожденного имеет длину (ПЗО – передне-задняя ось глаза) 17 - 18 мм, у недоношенных детей – 16 - 17 мм.

2 – средней – уменьшение на 2,5 - 4,5 мм.

3 – тяжелой степени (рудимент глазного яблока), когда длина ПЗО глазного яблока, по данным УЗИ, менее 12 мм. Глаз может быть уменьшен настолько, что создается впечатление его отсутствия.

Есть ли зрение при микрофтальме?

В большинстве случаев зрение отсутствует. В редких случаях имеется остаточное зрение.

Почему важна ранняя диагностика и лечение?

При **средней и легкой** степени микрофтальма и наличии зрительных функций лечение направлено на выявление и лечение возможных заболеваний, приводящих к снижению зрения (врожденная катаракта, глаукома, гиперметропия (дальнозоркость)).

Несвоевременная диагностика и лечение микрофтальма может привести к потере имеющегося зрения.

Основная проблема при врожденном анофтальме и микрофтальме тяжелой степени – **малые размеры костной орбиты.**

При отсутствии зрительных функций необходимо раннее (с 1 - 3 месяцев) ступенчатое протезирование.



Почему необходимо протезировать таких маленьких пациентов? Можно ли отложить эту манипуляцию на более поздний срок?

Три первых года глаз интенсивно растёт, к концу третьего года длина ПЗО (передне-задняя ось) глаза достигает 18 - 23 мм (средняя длина глаза взрослого 23 мм). Окостенение швов черепа завершается к 5 годам, именно поэтому это самый ответственный период. Длина здорового глаза наследственно обусловлена и, как все остальные параметры, может сильно варьироваться. Величина глаза у взрослых составляет 19 - 27 мм.

Врожденный анофтальм и микрофтальм 3 степени могут привести к уменьшению объема костной орбиты и недоразвитию мягких тканей. Вследствие чего возникнет асимметрия лица.

Как выглядит врожденный анофтальм ?

При врожденном анофтальме и микрофтальме тяжелой степени веки на стороне заболевания короткие, иногда завернуты, у внутреннего угла формируется полулунная складка кожи (эпикантус), в конъюнктивальной полости глазного яблока не видно, полость уменьшена в объеме.

Микрофтальм 3 степени может выглядеть как анофтальм (отсутствие глаза), так как глаз настолько мал, что его не видно при осмотре (глаз выявляют только специальными методами исследования: магнитно-резонансной терапии (МРТ) или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ)).

Как часто встречается такая врожденная аномалия?

Частота встречаемости заболевания в популяции 1:10 000 - 1:20 000 человек.

(Офтальмология. Национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008; Филатова И.А. Анофтальм. Патология и лечение. – М., 2007)

Это заболевание встречается чаще у мальчиков или у девочек?

Врожденный анофтальм и микрофтальм одинаково часто наблюдаются у мальчиков и девочек.

Почему рождаются дети с такой патологией?

Причин появления такой патологии несколько:

1. Перенесенные матерью заболевания до и во время беременности. Внутриматочное глазное яблоко закладывается на 9 неделе беременности. Перенесенные на ранних сроках воспалительные процессы



(вирусные инфекции, корь, краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус, ветряная оспа, опоясывающий лишай и другие) могут привести к нарушению внутриутробной закладки и развития глазного яблока и век.

2. Наследственно-генетические заболевания. «Поломка» в генах одного или обоих родителей может произойти в период жизни под действием разных факторов (радиация, интоксикация и другие) и/или передаться по наследству от предков.

Семейный характер анофтальма/микрофтальма считают подтверждением наследственной теории развития данного состояния.

3. Механические причины: амниотические тяжи или сдавление глаза пуповиной.

В каких генах заложен микрофтальм?

Мутантный ген обычно бывает доминантным, но иногда имеются и рецессивные пути передачи дефекта. У 25 процентов пациентов удается определять вид мутации. Самыми распространенными считают аномалии генов SOX2, OTX2, VSX2, SIX6, PAX6, RAX, STRA6.

(Ген OTX2 - микрофтальм, анофтальм // http://oftalmic.ru/g_OTX2.php)

Врожденный микрофтальм может быть проявлением различных синдромов (Шерешевского-Тернера, Лоуренса-Муна-Барде-Бидля, Видемана, Ленца, CHARGE и других).

(Офтальмология. Национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.)

Внеглазные проявления включают в себя врожденные пороки сердца, когнитивные нарушения, мальформации (отклонения от нормального физического развития) легких, почек, лицевой дисморфизм.

Как проводится генетический анализ? Что и где берут для анализа генотипа?

Для ДНК-диагностики исследуют клетки буккального эпителия (слизистой внутренней поверхности щеки) или кровь. Исследования абсолютно безопасные и безболезненные, проводятся в специализированных генетических лабораториях и институтах (на базе перинатальных центров).

Как и когда лечат врожденный анофтальм и микрофтальм?

Цель лечения врожденного анофтальма и микрофтальма тяжелой степени:

- профилактика прогрессирующей асимметрии лица;



- коррекция роста костей орбиты;
- правильное формирование конъюнктивальной полости и век;
- исправление анатомо-косметического дефекта;
- **избавление от психологической травмы (в первую очередь родителей);**
- адаптация ребенка в коллективе.

Когда необходимо начать лечение?

Лечение начинают как можно раньше (с 1 - 3 месяцев).

Применяют метод ступенчатого протезирования. В конъюнктивальную полость вставляют глазной протез той формы, которая будет удерживаться в орбите (он может быть шаровидной, в форме оливы, грибовидной и других форм). Протез через 2 - 4 недели нужно заменить на подобный большего размера. Это необходимо, поскольку в таком возрасте ребенок быстро растет и задержка роста костей орбиты может вызвать выраженную асимметрию лица. Первые полгода протез меняют в среднем 1 раз в месяц, затем несколько реже: раз в 3 месяца. После 1,5 - 2 лет – 1 раз в полгода.

По достижении ребенком 3 лет интенсивный рост замедляется, и до 14 - 18 лет возможна более редкая замена протеза, но не реже, чем 1 раз в год.

Частота замены протеза зависит от интенсивности роста ребенка.

Если первые протезы не удерживаются в полости и выпадают, то удерживают их в полости орбиты фиксирующими повязками или изменяют форму протеза на ту, которая будет устойчивой.

Что важно для успешного лечения?

Очень важно терпение, доброжелательность в семье и позитивный настрой родителей.

Лучше, если в семье не используют слово «протез глаза», а называют его «линзой». Это слово привычнее. Старшим детям мы рассказываем про наши «волшебные» глаза.

Медикаментозное лечение.

В гигиенических целях применяют растворы антисептиков: витабакт (пиклоксидин), мирамистин (МНН-бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний) 0,01%, хлоргексидин 0,05%, а также растворы для обработки и замачивания контактных линз.

На протез **нельзя** капать растворы сульфацида (сульфацил натрия, альбуцид), марганцево-кислого калия («марганцовка»).



Хирургическое лечение.

В первые годы жизни **хирургическое лечение противопоказано.**

ПРОТИВОПОКАЗАНО:

- удаление глазного яблока в раннем детском возрасте (до 3 лет), когда идет интенсивный рост орбиты;
- наружная кантотомия (небольшой разрез век в наружном углу глазной щели);
- выполнение блефароррафии (сшивания краев век) для удержания протеза в полости без формирования культи;
- операции с пересадкой лоскутов кожи и слизистой оболочки губы для увеличения конъюнктивальной полости;
- неоднократные хирургические вмешательства, выполненные с короткими интервалами.

К хирургическому лечению **можно** переходить, когда исчерпаны возможности протезирования. Целесообразно отложить его до достижения ребёнком 5 - 7-летнего возраста.

В качестве первичной коррекции возможна пластика культи, пластика внутреннего и наружного углов век, устранение заворота век и лагофтальма, формирование складки верхнего века с исправлением положения ресниц.

(Офтальмология. Национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008; Филатова И.А. Анофтальм. Патология и лечение. – М., 2007.)

Дальнейшее ведение пациента.

Регулярная гигиена полости и замена протеза не реже 1 раз в год.

Прогноз индивидуален и находится в зависимости от формирования лицевого скелета.

При раннем начале протезирования, регулярной смене протезов и последующих корригирующих (подправляющих) операциях прогноз благоприятный.

Как лечится врожденный микрофтальм 1 и 2 степени?

При наличии зрительных функций лечение направлено на их развитие и поддержку.

При отсутствии зрительных функций цель лечения – исправление анатомо-косметического (эстетического) дефекта. Такое лечение важно начать только тогда, когда ребенок сам начинает обращать внимание на особенности своих глаз (обычно девочки – к 3 - 4 го-



дам, мальчики – к 5 - 6 годам). Возможно использование косметических глазных протезов, склеральных контактных линз, корригирующих операций на веках.

В каких случаях выбирается тот или иной метод лечения?

Выбор метода лечения зависит от исходного состояния глаза с микрофтальмом.

Глазной протез – это инородное тело, и к нему нужно привыкнуть. Как правило, пациенты хорошо переносят протезы и быстро учатся правильному уходу за ними.

Если роговица прозрачная, то она очень чувствительна, и протезирование болезненно.

Если роговица мутная и сильно уменьшена в размере, то чувствительность глаза меньше.

Для каждой роговицы есть индивидуальная тактика подбора протеза.

Все зависит от терпения и позитивного настроения родителей на успех лечения, от умения и желания взаимодействовать со своим ребенком.

При микрофтальме насильно надевать протез ребенку нельзя!

Как происходит протезирование?

Подбирается форма протеза (склеральной линзы), чтобы ее внутренняя кривизна соответствовала кривизне глаза и не доставляла неприятных ощущений. Родителей и ребенка обучают **самостоятельно** снимать и надевать линзу, не вызывая болезненных ощущений. Цель – привыкание глаза и тканей глазницы к инородному телу. Затем по этой форме, комфортной для ношения, изготавливают индивидуальный протез. Иногда подходит протез из имеющегося набора.

При использовании протеза прозрачная роговица может со временем помутнеть.

В каких случаях при микрофтальме используют хирургическое лечение?

Если глаз видит и диагностированы такие заболевания, как катаракта, врожденная глаукома, они требуют хирургического лечения.

При микрофтальме и отсутствии зрительных функций цель хирургических вмешательств заключается в улучшении или создании условий для ношения глазного протеза.

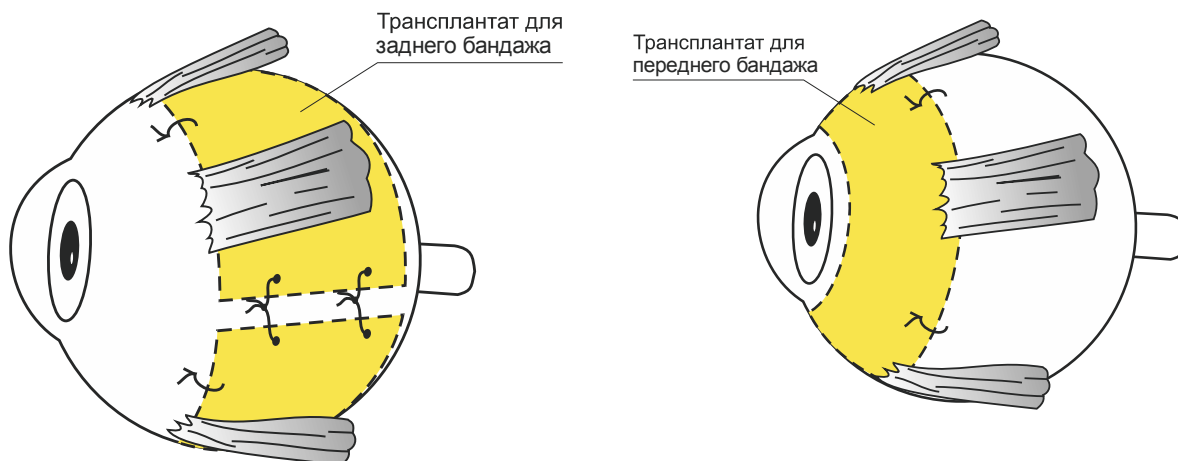


В некоторых случаях для обеспечения более комфортного протезирования выполняют операции по увеличению глазного яблока (бандажированию) с использованием биоматериала «Аллоплант».

Пластика глазного яблока биоматериалом «Аллоплант»

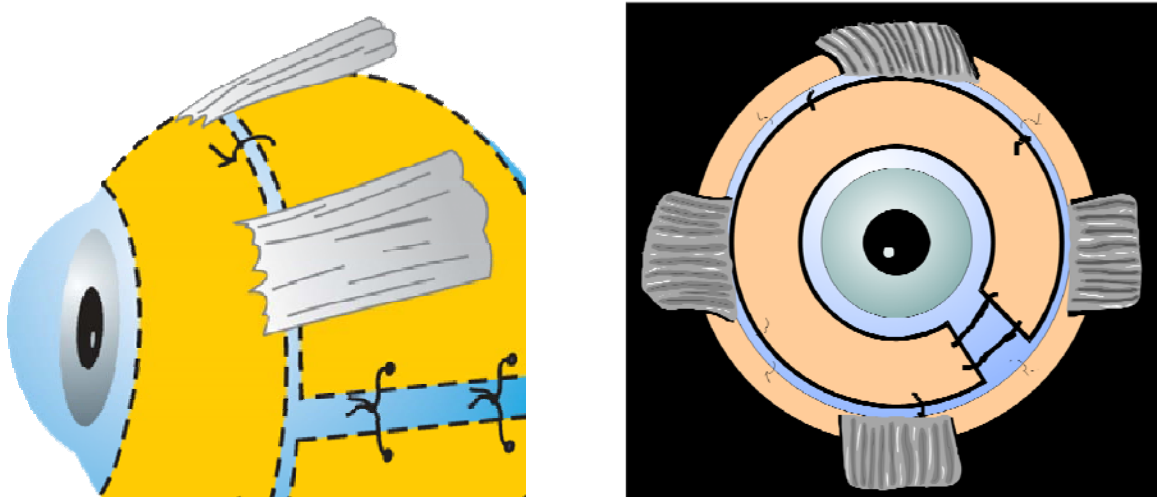
Операция заднего бандажа склеры.

ПЗО глазного яблока 3 -5 мм. Толщина аллотрансплантата 3-5 мм.



Операция переднего и заднего бандажа склеры.

ПЗО глазного яблока от 4 - 5 мм и более.



Ширина аллотрансплантата для заднего бандажа склеры 4 - 5 мм, толщина аллотрансплантата 3 - 4 мм.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ:

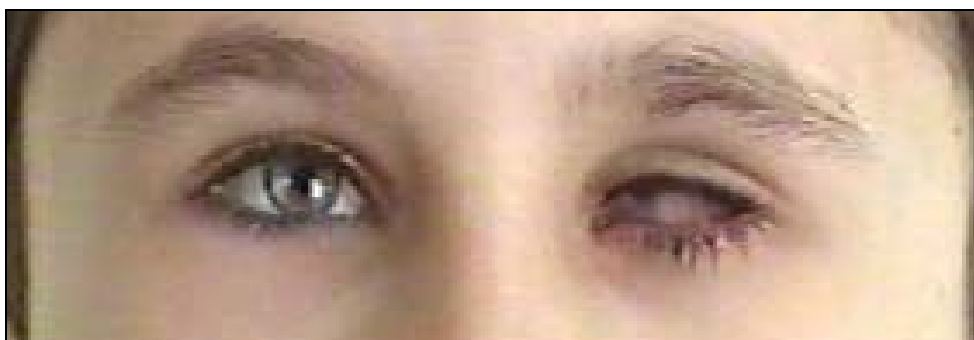
Микрофтальм 1 степени



Микрофтальм 2 степени



Микрофтальм 3 степени





ВРОЖДЕННЫЙ АНОФТАЛЬМ (МИКРОФТАЛЬМ 3 СТЕПЕНИ)

Примеры вопросов и ответов

13 августа 2015 года у нас родился ребенок, как оказалось, с врожденным анофтальмом справа. Мы сами из Кыргызстана, обратились к нашим врачам; но они все время ищут причины, чтобы отложить протезирование. Чего-то опасаются или, может, просто мало опыта работы с подобной аномалией. На данный момент ребенку уже 5 месяцев, а мы ничего не сделали. Время уходит, и деформация уже началась. При последнем визите нам врач сказал, что под наркозом вставят протез и зашьют веко. Насколько эти действия правильны?

При врожденном анофтальме протез выполняет не только косметическую, но и важную функциональную роль – стимулирует рост костной ткани. Поэтому в таких случаях протезирование начинают при первой возможности. Протезирование производится ступенчато, что подразумевает смену протезов разного размера с определенным временным интервалом. Частота смены протезов зависит от скорости роста ребенка и адаптации мягких тканей к новой форме. Если протезирование начато поздно и полость сокращена, то для формирования полости без хирургического вмешательства протез может быть фиксирован повязкой.

Что касается наркоза – он применяется при протезировании детей в крайних случаях, когда ребенок плачет, зажимает веки и не позволяет поставить протез. То есть наркоз используют, чтобы не причинить ребенку лишних неприятных ощущений

1. Ребенку 1,5 месяца (без протеза)





2. Асимметрия орбит. Первичное протезирование.

1) Ребенку 11 месяцев. Правая бровь ниже левой на 0,7 см



2) Через 3 месяца лечения с использованием набора протезов. Разница 0,4 см



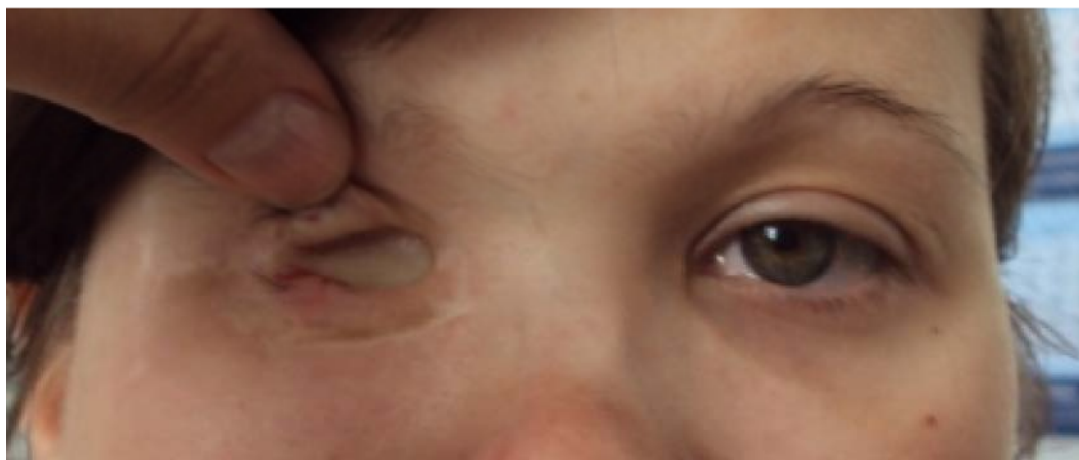
3) Динамика развития лица. Симметрия бровей достигнута через 1 год ортопедического лечения





Мне 23 года. У меня врожденный анофтальм (справа). Были до 13 лет сделаны операции по увеличению конъюнктивальной полости, но их проводил врач, не имеющий опыта в данной области. Теперь требуется восстановление полости.

В Вашем случае потребуются помощь офтальмопластика и протезиста, которые разработают совместную тактику лечения. В результате согласованной работы, которая потребует времени и, возможно, нескольких этапов хирургических вмешательств, можно добиться улучшения. В первую очередь, следует проконсультироваться с офтальмопластиком.



Здравствуйте! Моей дочери 42 дня. Родилась 16.06.16 г. с врожденным анофтальмом левого глаза, на правом предварительно диагностируют микрофтальм. Вес при рождении 3 кг, рост 50 см. На данный момент - вес 3,5 кг, рост 55 см. В КазНИИ глазных болезней г. Алматы, нам сказали, что ребенок слишком мал для протезирования, предполагали даже, что недоношенная. Сказали, возможно, возьмутся через три месяца. Но мы боимся, что к этому моменту начнется необратимая деформация черепа. Скажите, пожалуйста, есть ли у Вас возможность помочь? Нам все твердят, что дочка физически слишком мала и нужно ждать.

Протезирование можно начинать с 1 месяца жизни, если позволяет общее состояние ребенка. Слабое физическое состояние ребенка делает его организм особенно чувствительным к вмешательствам, в том числе к протезированию. Лицевой скелет будет активно расти в течение первого года жизни, поэтому если протезирование начнется чуть позже (с 3-5 месяцев), но без рисков для здоровья Вашего ребенка, то прогноз будет благоприятным.

(Комментарий редактора: лечение этой пациентки начато в 4,5 месяца).



У моей соседки родилась девочка. У нее отсутствуют глазные яблоки. Можно сделать операцию? Девочке сейчас 2 года.

Косметического эффекта можно добиться с помощью глазных протезов. Протез имитирует видимую часть глаза индивидуально – с учетом особенностей полости. При врожденном анофтальме (отсутствии глаз) протезирование желательно начинать в более раннем возрасте. Начало протезирования потребует использования протезов разного размера – с постепенным увеличением, чтобы появилось достаточно места для протеза нужного объема, и веки заняли правильное положение.

У меня врожденная анофтальмия справа! Мне 20 лет! Я хотела сделать операцию по формированию культи, но врач сказал, что при врожденной анофтальмии такая операция не показана, да и, вообще, любое хирургическое вмешательство опасно! Так ли это?!

В Вашем случае рекомендации можно дать только при осмотре (наличии фото). Каждый случай индивидуален. Во многих случаях можно обойтись изготовлением индивидуального протеза, без хирургического вмешательства. Если операция необходима для формирования полости и опорно-двигательной культи, то тактика также в каждом случае своя.

У моего мужа врожденный анофтальм одного глаза. В ближайшее время мы планируем рождение ребенка. Может ли наш ребенок перенять по наследству это заболевание? Заранее спасибо.

Частота данной патологии не более 1 случая на 10000 – 20000 человек. Анофтальм может также сочетаться с другими врожденными синдромами. Помочь выявить проблему и определить риск сможет генетическая экспертиза. По поводу экспертизы Вам лучше проконсультироваться в центре планирования семьи у врача-генетика или у акушера-гинеколога, который будет вести Вашу беременность.

У меня врожденная анофтальмия справа! С года стоит протез! Последний раз протез меняли в 7 лет, сейчас мне 19! Глаз меньше по размеру и западает. Скажите, можно ли делать что-нибудь в этом случае?! Читала, делают операции по формированию подвижной культи, мне возможно сделать такую операцию?

При использовании глазного протеза необходима его своевременная замена из-за изнашивания материала, а также в детском возрасте – в соответствии с ростом ребенка. Следует начать с изготовле-



ния индивидуального протеза, который максимально скорректирует имеющийся на сегодняшний день дефект. Далее, при соблюдении гигиены протеза и полости, а также сроков замены (стеклянный – раз в год, пластмассовый – раз в два года) протеза может быть рассмотрена возможность хирургической коррекции полости и век. Вероятно, по каким-то причинам вы не смогли своевременно менять протезы, что снижает возможности хирургического лечения.

С какого возраста можно начать протезирование глаз? У моего сына врождённый анофтальм, глазная щель у нас маленькая. Можно ли сделать пластический разрез? Спасибо!

Протезирование можно начать с возраста 1 - 3 месяцев. Любые хирургические вмешательства (в том числе разрез век) делать не следует, так как они приведут не к желаемому косметическому результату, а к изменению формы глазной щели и фиброзным деформациям полости и к невозможности протезирования. Постепенное увеличение полости и растяжение мягких тканей произойдет в результате ступенчатого протезирования: с использованием протезов постепенно увеличивающегося размера.

Клинический пример:

1. Асимметрия лица из-за позднего и неадекватного протезирования





2. Динамика развития полости и лица в течение 2 лет при адекватном и своевременном протезировании.



1,5 месяца



3 месяца



6 месяцев



7 месяцев



11 месяцев



1 год 8 месяцев



3. Результат ортопедического и хирургического лечения за 15 лет.



3 недели



6 месяцев



5 лет

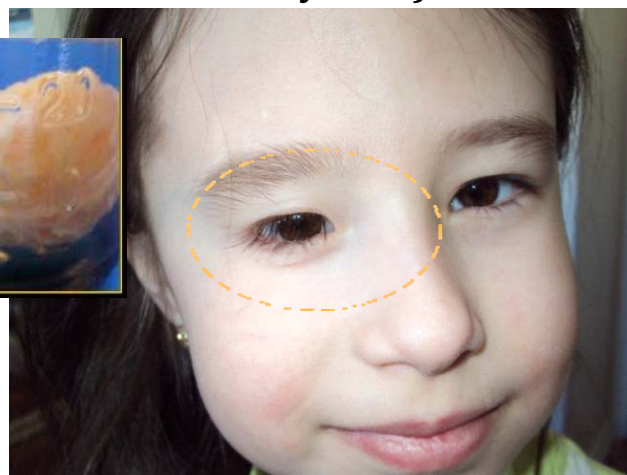
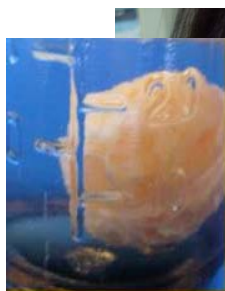


**Конусовидная полость,
заворот ресниц**

**7 лет (через 2 года после операции по
пластике культи)**



15 лет





ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ ВРОЖДЕННЫЙ МИКРОФТАЛЬМ.

Моему ребенку 3 недели, диагноз – микрофтальм справа. ПЗО в прямой проекции – 14,7 мм, в косой – 16 мм. Возможно ли в данном случае применение Аллопланта для увеличения размера глазного яблока или только использование тонкостенного протеза?

Средняя длина глаза новорожденного 17 мм (саггитальный размер, передне-задняя ось глаза, ПЗО). Если в Вашем случае под ПЗО в прямой проекции подразумевается именно этот размер, то глаз на данный момент меньше средней нормы на 2,3 мм, что соответствует микрофтальму 2 степени. К сожалению, не указан размер другого глаза.

В данном случае необходимо оценить зрительные функции и состояние глаза, уменьшенного в размере, а также состояние вспомогательного аппарата – веки, орбита. Как правило, микрофтальм 1 - 2 степеней не отражается на росте костей лицевого скелета – то есть рост костей происходит симметрично. Для того, чтобы и веки выглядели симметрично, можно использовать протез. При наличии зрительных функций протезирование не производится.

Что касается применения материала «Аллоплант» – есть данные по эффективному применению его в хирургическом лечении при микрофтальме. Но на данный момент – в столь раннем возрасте и без наблюдения в динамике – рекомендовать хирургическое лечение нельзя.

В таком возрасте пока необходимо следить за динамикой роста глаза. Наиболее интенсивный рост глаза и лицевого скелета будет происходить в течение первых трех лет жизни ребенка, активнее всего – в первый год. По результатам наблюдения в этот период можно будет предложить тактику протезирования или хирургического лечения.

Скажите, возможно ли ребёнку получить группу инвалидности с диагнозом «микрофтальм левого глаза»?

Для получения инвалидности по зрению существуют критерии, определенные в Федеральном законе от 24 ноября 1995 года № 18-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» и постановлении Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 (в ред. от 04.09.2012 г.) «О порядке и условиях признания лица инвалидом». К данным критериям относится совокупная оценка зрительных функций и ограничений в самостоятельном обеспечении жизнедеятельности по причине нарушения зрения. При микрофтальме, как правило, зритель-



ные функции второго глаза сохранены, поэтому сам по себе микрофтальм не является показанием к получению инвалидности.

Ребёнку 1 год. На левом глазу врожденный микрофтальм, микрокорнея, аниридия, роговица 5 мм. Передняя камера мелкая. ПЗО:ОД – 19.5 мм, ОС – 11.7 мм (максимально косой размер – 13.1 мм). Грозит ли ребёнку асимметрия лица, и как её не пропустить, если не ставить протез?

При таком размере глазного яблока асимметрия лица не грозит.

Будет только асимметрия век. Можно протезировать, когда ребенок сам осознает это. Как правило, к 4 - 5 годам.

Наличие глаза, даже уменьшенного в размере, считают необходимым условием для нормального роста костей лицевого скелета. То есть, костная ткань будет развиваться пропорционально. Визуально можно отметить асимметрию век из-за разного размера глазной щели, но это можно скорректировать с помощью глазного протезирования.

Начинать протезирование можно тогда, когда ребенок будет готов – не будет сопротивляться при постановке протеза, либо сможет делать это сам, так как первое время ребенку может быть непривычно прикосновение к глазу и ощущения от протеза.

Часто при микрофтальме протезирование начинают, когда у ребенка появляется необходимость общаться с другими детьми и посещать детский сад или школу.

Как проявляется асимметрия век?

При микрофтальме, даже при симметричной костной структуре, может быть заметно, что один глаз по размеру меньше другого – веки при этом тоже кажутся уменьшенными, так как короче глазная щель. Может быть ощущение, что веки прикрыты. В данном случае мягкие ткани века постепенно могут принять правильную форму при использовании глазного протеза адекватного размера.

Моему сыночку сейчас 5 месяцев, его диагноз: рудиментарный правый глаз, блефарофимоз. Протезирован по этому поводу. Может что-то новое можно попробовать, кроме стеклянного протеза?

При врожденном микрофтальме 3 степени (рудимент глаза) самое эффективное – многоступенчатое протезирование. При этой патологии принято использовать пластмассовые протезы. Они травмобезопасны и позволяют точнее сформировать полость путем постепенного изменения формы.



Здравствуйте! Нашей девочке 1 годик. У нее микрофтальм, микрокорнея, колобома ДЗН и хориоидеи на одном глазице, но зрение на нем есть, тем более что мы делаем заклейки на здоровый глазик. Но с возрастом разница становится все заметнее, примерно 30-40 %, хотя по УЗИ 1 мм. Заклейки она переносит все хуже и хуже, нервничает, сдирает. Оправу тоже снимает. Мы уже готовы пожертвовать остатками зрения на этом глазице и поставить тонкостенный протез ради косметического эффекта, тем более что посторонние постоянно пристально смотрят на глазик, но пока никто не высказался, но ведь это когда-то произойдет. Возможно ли в нашей ситуации закрыть глазик тонкостенным протезом?

Протезирование при наличии зрительных функций противопоказано.

Есть ли такие протезы, которые пропускают свет? Речь идет о протезах при микрофтальме, одностенных, если не ошибаюсь. Дело в том, что глазик с микрофтальмом у дочки имеет светоощущение, но косметический дефект нужно исправлять, большая разница. Прочитала, что еще лет 5 назад девочку протезировали в США, якобы протез пропускает свет и еще и имеет оптическую основу. Правда ли это? Вы же в любом случае в курсе всех изобретений человечества в данной сфере? Имеются ли у нас такие протезы? Может быть, возможно заказать материал? Очень жду ответа.

Изготовить глазной протез (тонкостенный) с прозрачным зрачком возможно, и материалы позволяют, мы иногда это делаем.

В случае наличия остаточных зрительных функций (светоощущение), лучше начать с изготовления индивидуальной контактной линзы. Такие линзы могут быть изготовлены из комбинированных материалов – газопроницаемого, жесткого, и мягкого, гидрогелевого, компонентов. Подобная линза поможет скрыть косметический дефект, при этом, она может быть для ребенка комфортнее, чем протез. Более точные рекомендации можно дать при оценке состояния глаза с микрофтальмом.

Четыре месяца назад у нас родилась дочь с диагнозом «микрофтальм правого глаза», протезируемся с 2-х месяцев в Гельмгольца, пока протез белый без радужки, но глазки уже почти одинаковые. Скажите, пожалуйста, во сколько лет вы делаете индивидуальные протезы?

В данном случае, вопрос не в возрасте, а в возможности нарисовать радужку на протезе. Если места для рисунка уже достаточно, то можно переходить на индивидуальное протезирование.



Здравствуйте! Мне 20 лет. У меня диагноз «микрофтальм левого глаза». Скажите, пожалуйста, в таком случае протез делается прямо на существующее глазное яблоко или же требуется его удаление? И какой вариант считается более безопасным и эстетически приемлемым?

Глаз с микрофтальмом может стать прекрасной основой для глазного протеза – то есть позволит обеспечить протезу достаточно высокую подвижность. Необходимости в удалении такого глаза, как правило, нет. Вопрос об удалении микрофтальмичного глаза может встать в случае тяжелого воспаления, но только по результатам иммунологических исследований и после проведенного лечения.

Моему сыну 5 месяцев, у него врожденный микрофтальм и катаракта. Нас направляют в Москву на протезирование, скажите, пожалуйста, ему удалят глаз или на глаз поставят протез?

Чаще всего необходимости в удалении глаза при микрофтальме нет. Исключение – тяжелые воспаления и болевой синдром. Сам по себе глаз, уменьшенный в объеме, сохраняет подвижность, что при правильном изготовлении протеза также обеспечит и ему движение.

У моего сына 4,5 месяцев внутриутробный увеит, тотальная отслойка сетчатки на правом глазики. Левый полноценный. Идет асимметрия лица, так как правый отстаёт в росте. Есть ли протезирование на правый глаз без удаления «маленького глаза». И как это делается?

В Вашем случае, скорее всего, имеет место уменьшение глаза в объеме в процессе субатрофии (субатрофия – это уменьшение глазного яблока в размере, в том числе как следствие увеита и отслойки сетчатки). Визуально асимметрия есть, так как глаза разные по размеру, и веки со стороны уменьшенного в размере глаза тоже кажутся меньше. При этом рост костей лицевого черепа должен быть симметричным, так как глаз все-таки присутствует.

Для начала протезирования необходимо оценить состояние глаза с перенесенным увеитом, проверить чувствительность роговицы, а также пройти иммунологическое исследование, которое исключит риск тяжелого воспаления, опасного и для парного глаза.

После чего на «уменьшенный глаз» подбирается форма и изготавливается протез, который создаст объем, соответствующий здоровому глазу, а окружающие мягкие ткани будут выглядеть также, как на стороне здорового глаза.



Привыкание к протезу будет происходить постепенно, режим ежедневного ношения и все тонкости гигиены Вы обсудите вместе с доктором во время подбора и примерки.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕРЫ:

1. Микрофтальм 1 степени (протезирование начато в 12 лет)



2. Микрофтальм 2 степени Протезирование начато в 4 года





3. Микрофтальм 3 степени. Протезирование начато в 1,5 года после операции бандажирования глазного яблока биоматериалом Аллоплант



1,5 года



2,5 года



4 года



11 лет



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕРЫ ДВУСТОРОННЕГО ПОРАЖЕНИЯ:

1. Микрофтальм 1 степени, колобома радужки справа, клинический анофтальм слева, расщелина верхней губы и неба.



1 год 1 месяц



2 года



4 года

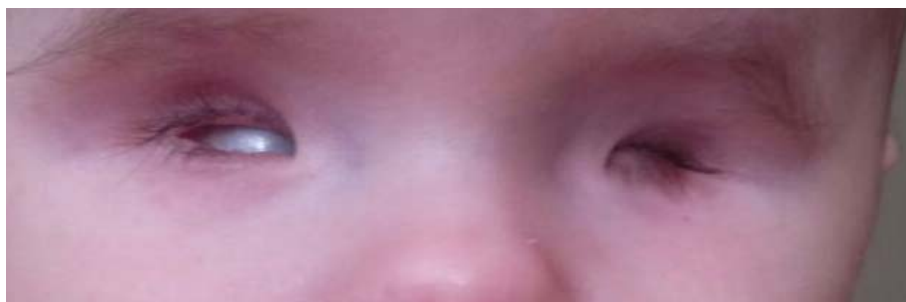


7 лет



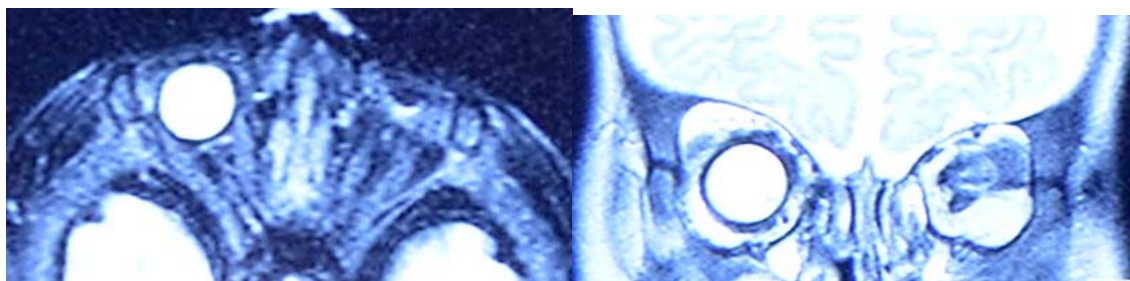
2. Микрофтальм 2 степени справа, клинический анофтальм слева.

Возраст 6 месяцев



Данные МРТ орбит.

Правый глаз уменьшен. Левый отсутствует



Возраст 17 лет





ДЕРМОИД РОГОВИЦЫ. КОЛОБОМА НИЖНЕГО ВЕКА.

Возраст 1 месяц Консервативное ведение на мазевых повязках.



Возраст 1 год.



Проведено хирургическое лечение удаление дермоидной кисты роговицы. Эвисцерация с удалением заднего полюса и имплантацией Аллопланта. Пластика нижнего века. Временная тарзорфия.





Через 1 год после операции.

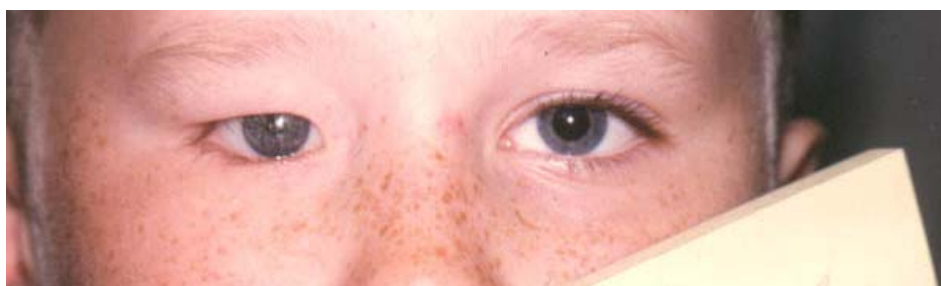


Через 2 года после операции.



КОРРЕКЦИЯ ВЕК

До операции: врожденный микрофтальм 3 степени справа (протезирован с 2-х лет), блефарофимоз, эпикантус, заворот век.



После 2 этапов хирургического лечения: формирования пальпебральной складки, устранения эпикантуса, заворота век.





ВРОЖДЕННЫЙ МИКРОФТАЛЬМ (ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗАТРУДНЕНО ИЗ-ЗА КОЛОБОМЫ НИЖНЕГО ВЕКА).



**Через месяц после реконструкции нижнего века с пересадкой
свободного кожного лоскута.**



Через год.





ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ



Филатова

Ирина Анатольевна -

доктор медицинских наук,
руководитель Отдела пластической
хирургии и глазного протезирования
федерального государственного бюд-
жетного учреждения «Московский
научно-исследовательский институт
глазных болезней имени Гельмгольца»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, сопредседа-
тель Экспертного совета по пластиче-
ской офтальмохирургии Ассоциации
врачей-офтальмологов России

Мулдашев

Эрнст Рифгатович -

профессор, доктор медицинских наук,
генеральный директор федерального
государственного бюджетного учреж-
дения «Всероссийский Центр глазной
и пластической хирургии» Министер-
ства здравоохранения Российской
Федерации, сопредседатель Эксперт-
ного совета по пластической офталь-
мохирургии Ассоциации врачей-
офтальмологов России



Галимова

Венера Узбековна -

профессор, доктор медицинских наук,
первый заместитель генерального
директора федерального государст-
венного бюджетного учреждения
«Всероссийский Центр глазной
и пластической хирургии»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



**Милюдин
Евгений Сергеевич -**

доктор медицинских наук, профессор
кафедры федерального государственного
бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Самарский государственный меди-
цинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федера-
ции, заведующий Глазным банком



**Голубев
Сергей Юрьевич -**

кандидат медицинских наук, доцент
кафедры офтальмологии федерального
государственного бюджетного учреж-
дения «Национальный медико-хирур-
гический Центр имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, руководитель
офтальмологического портала «Орган
зрения» (organum-visus.ru)

**Сироткина
Ирина Анатольевна -**

кандидат медицинских наук, руково-
дитель Уральского центра глазного
протезирования «Окорис», президент
Европейской ассоциации глазных
протезистов (Association of European
Ocularists) - 2017





ДОРОГОЙ ЧИТАТЕЛЬ !

Если Вы прочитали эти рекомендации, значит, в Вашем окружении есть особенный ребенок, с «волшебными глазами». Авторы старались донести достоверную информацию максимально кратко и четко.

Невозможно ответить на все вопросы, которые возникают у родителей и близких ребенка с врожденным микрофтальмом или анофтальмом. Мы планируем продолжать работу по созданию рекомендаций для пациентов с «волшебными глазами».

Вы можете задавать вопросы экспертному совету по электронной почте: **filatova 64@yandex.ru**
или **okoris@yandex.ru**