

ИЗУЧЕНИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ В ГОМЕЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

ГУ «РНЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Было исследовано 110 историй болезни недоношенных детей, родившиеся с массой тела 1500 г. и сроками гестации 35 недель и менее. В исследуемой группе больных ретинопатия недоношенных разной степени выраженности была выставлена в 16 случаях (14,54%). В одном случае заболевание было выявлено во 2-3 стадии. В остальных случаях отмечено 1-2 стадия заболевания, где наблюдение и своевременная (по показаниям) лазерная хирургия дали положительный результат способствовали стабилизации и регрессу заболевания.

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных, кровоснабжение сетчатки, отслойка сетчатки, срок гестации

Введение

Theodore Terry в 1942 году впервые описал ретинопатию недоношенных. Эту болезнь он назвал ретролентальной фиброплазией, охарактеризовав ее как васкуляризованную фиброзную мембрану, находившуюся за хрусталиком и обуславливающую двухстороннюю слепоту у недоношенных детей. После выявления большого количества таких случаев было установлено, что это терминальная стадия болезни, поражающей исключительно новорожденных детей. Спустя почти десятилетие Parker Heath переименовал эту болезнь в ретинопатию недоношенных.

Ретинопатия недоношенных (РН) – тяжелое витреоретинальное заболевание глаз, приводящее к грубому нарушению зрительных функций; оно является одной из основных причин детской слепоты во всем мире. РН – это болезнь, поражающая лишь недоношенных младенцев. В настоящее время благодаря внедрению современных технологий и развитию медицинской науки выживает все большее число детей, родившихся преждевременно и с небольшой массой тела. В связи с этим офтальмологи сталкиваются с новой проблемой – развитием эпидемической волны ретинопатии недоношенных.

Актуальной остается проблема ретинопатии недоношенных, занимающей особое место в структуре детской глазной патологии, развитии слепоты и слабовидения. В 2008 году диагностировано 442 случая развития ретинопатии недоношенных в Республике Беларусь (2007 г. – 225), из них в 52 случаях выявлены терминальные стадии развития патологического процесса (4-5), что составило 11,8 %. В 291 случае (65,8%) выявлена ретинопатия недоношенных 1-2 стадии, которые потребовали динамического наблюдения. Общеизвестно, что чем меньше масса тела и срок гестации ребенка при рождении, тем более вероятен риск развития РН.

Приблизительно 30% всех новорожденных весом менее 1500 г при рождении имеют признаки РН, у 66% новорожденных с массой тела менее 1250 г при рождении и 82% новорожденных с массой тела менее 1000 г возникает РН. В 2,2% случаев, в которых, масса тела младенцев при рождении составляла от 1000 до 1500 г, заболевание заканчивается ретролентальной фиброплазией, а не менее 0,5% из них становятся слепыми [1].

Говоря об этиологии РН, важно подчеркнуть полиэтиологичность данного заболевания. Ретинопатия развивается у недоношенных, т.е. преждевременно родив-

шихся детей, при наличии ряда факторов: длительное вынашивание детей в кюветах с подачей 100% O₂, длительное нахождение новорожденных на аппарате ИВЛ, вес при рождении менее 1500 г, срок гестации менее 28 недель, непосредственное воздействие яркого света на глаз, многоплодная беременность, экстракорпоральное оплодотворение [1, 2].

Недоношенный ребенок рождается с незрелой сетчаткой, которая еще не имеет полноценного кровоснабжения из-за неразвитой сосудистой сети на ее периферии. Ткань сетчатки, не получающая требуемого адекватного питания для ее созревания, начинает вырабатывать и “выбрасывать” в окружающее пространство фактор пролиферации сосудов – мощное биологическое вещество, обеспечивающее развитие и рост новых сосудов. Однако процесс происходит не по спокойным и плановым физиологическим часам организма, а в своеобразной спешке. Вновь образованные сосуды не стелются по поверхности сетчатки, которую они призваны питать и кровоснабжать, а в виде щеточки начинают расти внутри глазного яблока, в стекловидном теле, направляясь к задней капсуле прозрачного хрусталика. Эти сосуды неполноценные, поэтому легко возникают кровоизлияния в стекловидное тело с формированием рубцов и деформацией тканей глазного яблока. Достигнув задней капсулы хрусталика, сосуды фиксируются к ней и начинают сокращаться, подтягивая сетчатку вперед и приводя к так называемой тракционной ее отслойке. Внутренняя оболочка глазного яблока, обеспечивающая зрение, превращается в бесформенный рубец. Прозрачный хрусталик мутнеет с образованием катаракты [3].

В 75% случаев РН течет по “классическому” типу, проходя последовательно все стадии на пути к ретролентальной фиброплазии, однако различают также такую форму ретинопатии, как “плюс”-болезнь (или Rush-болезнь, молниеносная РН), характеризующуюся быстрым, злокачествен-

ным течением. Симптом «плюс»-болезнь представляет собой изменения сосудов заднего полюса в виде расширения вен и извитости артерий. Некоторые авторы выделяют симптом «плюс»-болезнь в отдельную, злокачественную форму заболевания, сопровождающуюся ригидностью зрачка, новообразованными сосудами в радужке, флером в стекловидном теле, быстрым прогрессированием и тяжелыми исходами.

У 60-80% детей развивается самопроизвольный регресс заболевания, причем в 55-60% – без остаточных изменений глазного дна. В остальных случаях заболевание протекает более тяжело и без своевременного лечения прогрессирует до рубцовых стадий с крайне неблагоприятным функциональным исходом [3, 4].

Цель работы – изучить частоту, течение, сопутствующую патологию детей с РН (массой тела при рождении менее 1500 г. и сроком гестации менее 35 недель).

Материал и методы исследования

Исследование осуществлялось на основании ретроспективного изучения историй болезни детей, рожденных в Гомельском областном родильном доме, а также родильном доме при Гомельской областной клинической больнице и получавших лечение в реанимации для недоношенных Гомельского областного роддома в 2007 г.

Всего было исследовано 110 историй болезней недоношенных детей, с массой тела при рождении 1500 г. либо менее и сроками гестации равным или менее 35 неделям и менее (таблицы 1, 2).

Практически все анализируемые дети имели достаточно серьезную соматическую патологию (таблица 3).

Таблица 1 – Масса тела при рождении

Вес	Количество детей
700 – 800	1
801 – 900	4
901 – 1000	23
1001 – 1100	1
1101 – 1200	11
1201 – 1300	11
1301 – 1400	23
1401 – 1500	36
Всего	110

Таблица 2 – Срок гестации на момент рождения

Срок гестации, нед	Количество детей, абсолютное			Количество детей %
	4-е отделение	3 ГБ	Всего	Всего
25-26	0	3	3	2,73
27-28	14	13	27	24,55
29-30	16	16	32	29,1
31-32	8	13	21	19,1
33-34	6	11	17	15,5
35-36	1	9	10	9,1
Всего	45	65	110	100

Таблица 3 – Соматическая патология исследуемых детей

Соматическая патология	4-е детское		3 ГБ		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Синдром угнетения ЦНС на фоне (ЭН)	43	95,5	59	90,76	102	93,16
Неонатальная желтуха	27	60	26	40	53	50
Маловесный к сроку гестации	19	42,22	5	7,69	24	24,95
Ранняя анемия новорожденного	34	75,55	46	70,76	80	73,16
Синдром дыхательных расстройств	21	46,66	2	3,07	23	24,87
Апноэ недоношенных	8	17,77	0	0	8	8,88
Внутрижелудочковое кровоизлияние	4	8,88	6	9,23	10	9,05
Внутриутробная инфекция	26	57,77	32	49,23	58	53,5
ВУИ (генерализованная)	5	11,11	5	7,69	10	9,4
Вторичная гидроцефалия	3	6,66	0	0	3	3,33
Бронхолегочная дисплазия	2	4,44	2	3,07	4	3,76
Фетальный гепатит	1	2,22	0	0	1	1,11
Остеомиелит	2	4,44	0	0	2	2,22
Холестатический гепатит	1	2,22	0	0	1	1,11
Пневмоторокс	1	2,22	0	0	1	1,11
Острый бронхит	1	2,22	0	0	1	1,11
Дисбактериоз	1	2,22	2	3,076	3	2,64
Врожденный порок сердца	8	17,77	6	9,23	14	13,5
Рахит	0	0	2	3,07	2	1,53

Офтальмологическое обследование и регистрацию результатов осмотров проводили с использованием Международной классификации РН:

Осмотр производился в условиях максимального мидриаза (инстилляцией 0,1 % раствора атропина и/или тропикамида 1,0 – 0,5% за 1 час до обследования 2-3 раза с интервалом в 15 минут) методом обратной бинокулярной офтальмоскопии с использованием линз 20,0 и 30,0 дптр.

Результаты исследования

В исследуемой группе РН разной степени выраженности была выставлена 16 больным (из 110 исследуемых), т. е. 14,54% недоношенных детей (таблица 4).

Как следует из данной таблицы только в одном случае, что составило 0,9% РН была выявлена в 2-3 стадиях. В остальных случаях это были 1-2 стадия

заболевания, где наблюдение и своевременная (по показаниям) лазерная хирургия дали положительный результат – стабилизация и регресс заболевания.

Результаты анализа соматической патологии детей из группы недоношенных с установленным диагнозом РН представлены в таблице 5.

Сведения о соматической патологии матерей, родивших детей с РН, представлены в таблице 6.

Все больные дети имели срок гестации от 25 до 34 недель (в среднем 29,25 недель), все дети – с тяжелой сопутствующей патологией. Все они в периоде ранней неонатальной адаптации (1-й период) проходили лечение в реанимации для недоношенных, на 2-м этапе – в отделениях для недоношенных. Все дети различное количество времени (от 15 до 60 суток, в среднем 35,4 суток) выхаживались в кувезах с подачей кислорода или без нее. В 12 случаях (75%) производилась подача кислорода, в 4 (25%) нет.

Таблица 4 – Распределение детей с впервые выявленной РН по стадиям заболевания

Стадия РН	Количество детей абсолютное	Относительное, %
не развивалась	77	70
УРН	17	15,45
1 ст	5	4,54
1 – 2 ст	4	3,63
2 ст	6	5,45
2 – 3 ст	1	0,9
4 ст	0	0
5 ст	0	0
Всего	110	100

Таблица 5 – Сведения о соматической патологии детей, больных РН

Соматическая патология	Абс.	Отн. (%)
Ранняя анемия недоношенных	13	81,25
Энцефалопатия новорожденных	12	75
Внутриутробная инфекция	8	50
Неонатальная желтуха	5	31,25
Внутрижелудочковое кровоизлияние	5	31,25
Маловесный к сроку гестации	3	18,75
Внутриутробная инфекция (ген)	3	18,75
Бронхо-легочная дисплазия	2	12,5
Вторичная гидроцефалия	1	6,25
Синдром дыхательных расстройств	1	6,25
ППневмоторокс	1	6,25
Врожденный порок сердца	1	6,25
Рахит	1	6,25
Всего	16	100

Таблица 6 – Соматическая патология матерей, родивших детей с РН

Соматическая патология	Абс.	Отн. (%)
Гестоз	8	53,333
Угроза прерывания беременности	8	53,333
Анемия	6	40
Фетоплацентарная недостаточность	3	20
Длительный безводный период	3	20
Кольпит	4	26,667
Преждевременное излитие ОВ	2	13,333
Пиелонефрит	2	13,333
ВИЧ	1	6,6667
Хронический гепатит С	1	6,6667
Нефроптоз	1	6,6667
Многоводие	1	6,6667
Всего	15*	100

Примечание * - мам было 15, т. к. была одна двойня, оба – больные РН 2 ст.

Дети на момент нахождения в отделении для недоношенных неоднократно осматривались детским офтальмологом. Учитывалось, что, по данным литературы, первые признаки заболевания проявляются в среднем на 35 неделе гестации (32 - 38). В 12 случаях из 16 первый осмотр офтальмолога, проводимый в период с 30 по 36 неделю не выявил патологии на глазном дне, и лишь после динамического наблюдения за детьми группы риска диагноз в

конечном итоге выставлялся. В 4-х случаях уже при первичном осмотре офтальмолога, проводившемся на 34-35 неделях, выставлялся диагноз РН разной степени тяжести.

Выводы

1. Необходим систематический осмотр офтальмологом всех детей группы риска;
2. Важно наблюдение в динамике детей с подозрением на РН;
3. РН – это крайне мало исследованная область офтальмопатологии, находящаяся на стыке офтальмологии, неонатологии, акушерства и гинекологии, поэтому, лишь объединив усилия специалистов данных областей, мы можем до конца понять сущность данной болезни и наиболее эффективно с ней бороться.

Библиографический список

1. Кривошенка, О.И. Экспериментальное моделирование пролиферативной витриоретинопатии / О.И. Кривошенка [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2007. – №1. – С.44 - 47.
2. Кешишян, Е.С. Ретинопатия недоношенных / Е.С. Кешишян [и др.] // Рос. мед. Журнал. – 1998. – №4. – С. 42- 45.
3. Сайдашева, Э.И. Ретинопатия недоношенных детей / Сайдашева Э.И. [и др.] // Уфа 2000. – 179 с.
4. Хватова, А. В. Опыт диагностики и лечения активной ретинопатии недоношенных / Хватова А. В. [и др.] // Актуальные вопросы детской офтальмологии: Матер, науч.-практ. конф. – Москва, 1997. – С. 100-102.