

Анализ течения ретинопатии у недоношенных, находившихся на выхаживании в Омском перинатальном центре

Белкова Т.Н.¹, Оксеньчук Т.В.¹, Дворжецкая О.В.², Воронкова М.А.², Русинова Т.Г.²

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Российская Федерация

² БУЗОО «Областная клиническая больница» перинатальный центр, Омск, Российская Федерация

Актуальность. Одним из серьезных заболеваний у преждевременно родившихся детей является ретинопатия недоношенных, развивающаяся преимущественно у детей с массой тела при рождении менее 1500,0 г и сроком гестации 32 нед. Это вазопролиферативное заболевание глаз недоношенных детей, в основе которого лежит незрелость структур глаза, в частности сетчатки, к моменту преждевременного рождения ребенка. В основе клинических проявлений ретинопатии недоношенных лежит нарушение нормального васкулогенеза сетчатки, который начинается на 16-й нед внутриутробного развития и завершается лишь к моменту планового рождения ребенка (40 нед гестационного возраста).

Даже при современных условиях выхаживания у детей, родившихся при сроке беременности 22–27 нед, не только сохраняется высокая вероятность развития ретинопатии недоношенных, но и возрастает риск тяжелого, атипичного течения заболевания, приводящего к неблагоприятным исходам, необратимой потере зрения, несмотря на адекватную лечебную тактику в активной фазе ретинопатии недоношенных. Практически все дети, родившиеся раньше срока, имеют офтальмоскопические отличия от доношенных детей. В норме на глазном дне недоношенных всегда выявляются аваскулярные зоны по периферии сетчатки, причем их протяженность тем больше, чем меньше гестационный возраст ребенка на момент осмотра.

Цель исследования. Изучение результатов офтальмологического обследования и лечения недоношенных новорожденных отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Омского областного перинатального центра в зависимости от факторов риска за период 2018–2020 гг.

Пациенты и методы. За 2018–2020 г. в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (2-й этап выхаживания) ПЦ БУЗОО ОКБ г.Омска было пролечено 888 ребенка, из них недоношенных — 415 детей (48,0%). Родившиеся с экстремально низкой массой тела (менее 1000,0 г) составили 67 чел. (7,5%), с очень низкой массой тела (1000,0–1499,0) — 104 чел. (11,7%), низкой массой тела (1500,0–1999,0) — 94 чел. (10,5%).

Всем детям проводился офтальмологический осмотр с помощью непрямой офтальмоскопии бинокулярным офтальмоскопом. Для офтальмологического обследования недоношенных использовалась рети-

нальная камера Retcam II. Обследование проводилось согласно федеральным клиническим рекомендациям и протоколам лечения ретинопатии недоношенных на ретинальной камере (Москва, 2013).

Результаты. Из 415 недоношенных, получивших лечение в ОПН, ретинопатия недоношенных была выявлена лишь у 82 недоношенных новорожденных (19,7%). Из 82 детей у 13 человек (15,8%) диагностирована тяжелая стадия заболевания, что потребовало оперативного вмешательства. Все недоношенные имели срок гестации 26–28 нед и массу тела при рождении 980,0–1100,0 г. В развитии заболевания имели место факторы риска, оказавшие неблагоприятное воздействие на незрелую сетчатку недоношенного младенца и приводящих к нарушению ее нормального васкулогенеза: тяжелая внутриутробная гипоксия плода (95%), внутриутробное инфицирование (25%), тяжелый РДС-синдром (61%), длительная зависимость от кислородно-воздушной смеси (33%), осложненный период ранней адаптации (100%).

Все недоношенные были неоднократно осмотрены неонатологом, неврологом, офтальмологом. Частота осмотров офтальмолога определялась изменениями на глазном дне у детей. Так, при впервые выявленной ретинопатии недоношенных осмотр проводился 1 раз в неделю, а при необходимости — и до 3 раз в неделю, что зависело от стадии и степени развития тяжести процесса на глазном дне.

В случае дальнейшего прогрессирования ретинопатии недоношенных благоприятный исход лечения у недоношенных детей во многом зависел от своевременной диагностики и проведения оперативного лечения (транспупиллярная лазеркоагуляция) в ближайшие 72 ч после выявления пороговой стадии.

В качестве офтальмокоагулятора использовался современный отечественный инфракрасный диодный эндолазерный аппарат последнего поколения Алод-01 «Алком», оснащенный набором волоконно-оптических инструментов. Преимущества лазерной коагуляции: прицельная обработка зоны патологии, меньшая травматизация тканей глаза, возможность проведения лечения непосредственно в перинатальном центре. В наиболее сложных случаях проводились телеконсультации с федеральными офтальмологическими центрами Санкт-Петербурга и Калуги.

Условием выписки детей с ретинопатией недоношенных явилась стабилизация процесса или

регресс заболевания при достижении постконцептуального возраста 39–40 нед и улучшения состояния ребенка со стороны других органов и систем с обязательным указанием сроков дальнейшего динамического наблюдения офтальмологом. Недоношенные дети, перенесшие ретинопатию тяжелой степени, получали консультацию специалистов в областной специализированной больнице — БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница им. В.П. Выходцева» г. Омска.

Заключение. Внедрение современных научно обоснованных протоколов выхаживания недоношенных новорожденных позволило минимизировать риск развития ретинопатии недоношенных у детей с низкой массой тела при рождении и выраженной соматической отягощенностью. Своевременно проведенное высокотехнологичное оперативное лечение позволило профилактировать отслойку сетчатки, сохранить зрение и обеспечить удовлетворительное качество жизни недоношенным детям.