

ОСОБЕННОСТИ РЕФРАКТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ С ПОРОГОВЫМИ СТАДИЯМИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ

Ретинопатия недоношенных является одной из самых актуальных проблем современной детской офтальмологии. Среди многих неблагоприятных факторов, сопутствующих основному заболеванию, особое место занимают аномалии рефракции. Статья посвящена исследованию рефракции у детей с пороговыми стадиями ретинопатии недоношенных и задней агрессивной ретинопатии недоношенных после выполненной лазеркоагуляции аваскулярных зон сетчатки. Статистическая рефракция исследовалась в постконцептуальном возрасте ребенка 6–8 месяцев.

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных, лазеркоагуляция сетчатки, аномалии рефракции.

Актуальность

В структуре инвалидности по зрению ретинопатия недоношенных (РН) занимает одно из ведущих мест, что не всегда обусловлено степенью остаточных изменений после перенесенного заболевания. Причины нарушения зрения при РН имеют многофакторный характер, на что указывают многие ведущие исследователи [1], [2]. Среди многих неблагоприятных факторов, сопутствующих основному заболеванию (РН), особое место занимают аномалии рефракции. Исследования последних лет показали, что у недоношенных детей с раннего возраста развивается миопия, в отличие от доношенных детей, для которых характерна гиперметропическая рефракция [3]. Этому аспекту проблемы уделяется недостаточно внимания, а ведь именно своевременное выявление и адекватная коррекция рефракционных аномалий может существенно влиять на формирование зрения и улучшить качество жизни пациентов с РН. Немногочисленные исследования показали, что у недоношенных детей с РН и без нее на первом году жизни превалирует миопия, в отличие от доношенных, для которых характерна гиперметропическая рефракция [4]. Имеющиеся в литературе данные весьма вариабельны и противоречивы, основаны на ограниченном контингенте пациентов, посвящены отдельным аспектам проблемы. С другой стороны, немного внимания уделяется исследованию аномалий рефракции детей, подвергшихся лазеркоагуляции аваскулярных зон сетчатки при пороговой РН и задней агрессивной ретинопатии недоношенных (ЗАРН). Kieslbach GF отмечает преобладание

гиперметропической рефракции у данной категории детей [5]. По данным исследования Katoch D миопическая рефракция наблюдалась лишь у четверти (24,7%) исследуемых пациентов, в то время как в 54,9% случаев отмечалась гиперметропическая рефракция, в остальных случаях диагностировали эмметропию [6].

Цель исследования

Оценка структуры аномалий рефракции у детей с ретинопатией недоношенных после регресса заболевания, индуцированного выполненной лазеркоагуляцией сетчатки.

Материал и методы

В исследование были включены 9 пациентов (15 глаз), в возрасте от года до 3-х лет, находящихся на диспансерном учете в кабинете динамического наблюдения и лечения ретинопатии недоношенных на базе детского отделения ГБУЗ СОКОБ имени Т.И.Ерошевского с диагнозом пороговая стадия РН (8 детей – 13 глаз) и/или ЗАРН (1 ребенок – 2 глаза). Всем пациентам была выполнена панретиальная и/или секторальная транспупиллярная лазеркоагуляция аваскулярных зон по стандартной методике (с помощью диодного лазерного аппарата IRIDEX с длиной волны 810 нм с фиксацией на налобном бинокулярном офтальмоскопе HEINE) в условиях стационара многопрофильного учреждения. Гестационный возраст недоношенных детей составил $28 \pm 1,15$ недель, масса тела при рождении – $1150 \pm 190,98$ грамм.

В послеоперационном периоде все пациенты были осмотрены офтальмологом согласно

порядку оказания помощи недоношенным детям (приказ от 25 октября 2012 года №442н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты») в декретированные сроки. Пациенты подвергались стандартному офтальмологическому обследованию: исследование глазного дна на ретинальной камере Retcam Shuttle или с помощью налобного бинокулярного офтальмоскопа Heine, статическая клиническая рефракция определялась в возрасте 6-8 месяцев по стандартной методике в условиях полного медикаментозного мидриаза (двукратные инстилляции препарата Мидримакс), с помощью скиаскопических линеек и/или аппарата Plus-Optix.

Результаты и обсуждение

После проведенной лазерной коагуляции аваскулярных зон сетчатки у 6 детей наблюдался регресс, индуцированный выполненной ЛКС (12 глаз), у троих пациентов в послеоперационном периоде регресс был достигнут на одном глазу (3 глаза), прогрессирование ретинопатии на парном глазу (3 глаза) потребовало выполнения витреоретинального вмешательства.

Исследование рефракции в глазах с регрессом РН показало, что у большинства детей (5 пациентов, 8 глаз) имела место гиперметропическая рефракция слабой и средней степени (+1,85Д ± 0,79Д). Гиперметропический и смешанный астигматизм встретился у 3 детей –

5 глаз (сила цилиндра от +1,25Д до +2,5Д и составила +1,81Д ± 0,57Д), тогда как миопия слабой и средней степени диагностирована у двоих пациентов – 2 глаза (от -2,0Д до -4,0Д). У 2-х детей (4 глаза) наблюдалась анизометропия (в одном случае миопия средней степени на одном глазу и смешанный гиперметропический астигматизм на другом, у второго ребенка на одном глазу – сложный гиперметропический, на другом – смешанный гиперметропический астигматизм).

Таким образом, установлено, что в исследуемой группе детей отклонения в состоянии рефракции выявляются в 100% случаев. Кроме того, у трети пациентов диагностированы астигматизм и анизометропия. При этом преобладающим видом рефракции является гиперметропия различной степени. Для детей в возрасте от 1 до 3 лет такой вид рефракции благоприятен и может считаться возрастной нормой. В то же время наличие миопии слабой степени у ряда пациентов требует тщательного дальнейшего наблюдения за этой группой детей.

Вывод: своевременная лазерная коагуляция сетчатки у детей с пороговыми стадиями ретинопатии недоношенных позволяет не только предотвратить фиброз стекловидного тела и отслойку сетчатки, но и обеспечивает формирование гиперметропической рефракции, благоприятной для дальнейшего развития зрительных функций, у большинства пациентов.

3.10.2014

Список литературы:

1. Катаргина, Л. А. Рекомендации по организации раннего выявления и профилактического лечения активной ретинопатии недоношенных / Л. А. Катаргина, Л. В. Коголева // Российский офтальмологический журнал. – 2008, №3. – С. 43-47.
2. Yang, C. S. Long-term visual outcomes of laser-treated threshold retinopathy of prematurity: a study of refractive status at 7 years / C. S. Yang et.al. // Eye. 2009. – Vol. 24, №1. – P. 14-20.
3. Quinn, G. E. Early Treatment for retinopathy of prematurity cooperative group. Progression of myopia and high myopia in the early treatment for retinopathy of prematurity study: findings to 3 years of age / G. E. Quinn et.al. // 115. Ophthalmology. 2008. – Vol. 115, №6. – P. 1058-1064.
4. Garcia-Valenzuela, E. High myopia associated with retinopathy of prematurity is primarily lenticular / E. Garcia-Valenzuela, L. M. Kaufman // J. AAPOS.-2005.-№9.-P. 121-128.
5. Kieselbach GF, Ramharter A, Baldissera I, Kralinger MT. Laser photocoagulation for retinopathy of prematurity: structural and functional outcome. Acta Ophthalmol Scand. 2006 Feb;84(1):21-6
6. Katoch D, Sanghi G, Dogra MR, Beke N, Gupta A. Structural sequelae and refractive outcome 1 year after laser treatment for type 1 prethreshold retinopathy of prematurity in Asian Indian eyes. Indian J Ophthalmol. 2011 Nov-Dec;59(6):423-6. doi: 10.4103/0301-4738.86306.

Сведения об авторах:

Петрачкова Марина Сергеевна, врач-офтальмолог детского отделения больницы имени Т.И.Ерошевского, e-mail: mpetrachkova@mail.ru

Жукова Ольга Владимировна, заведующая детским отделением больницы имени Т.И.Ерошевского, главный детский офтальмолог Самарской области, доктор медицинских наук, e-mail: olga-g@list.ru