

2 и 3, локализация процесса в 1 зоне глазного дна, кровоизлияния, распространенность вала/гребня более 8ми-часовых меридианов. В свою очередь при благоприятном течении РН достоверно чаще имели место такие признаки, как локализация процесса в 3 зоне глазного дна, распространенность не более 4х-часовых меридианов, изменение центральных сосудов, соответствующее степени 0 и 1, отсутствие или малая степень ветвления концевых сосудов «+» ($p < 0,01$).

Далее с учетом полученных данных мы проанализировали характеристики прогноза при различных сочетаниях значимых клинических признаков прогрессирования РН (табл.2). В результате проведенного анализа было установлено, что наиболее диагностически значимым сочетанием признаков прогрессирующего течения РН явились: экстраретинальная пролиферация; симптом «щеток» «++» и «+++»; изменение хода и соотношения центральных сосудов, соответствующее степени 2 и 3.

Таблица 2

Оценка прогноза прогрессирующего течения ретинопатии недоношенных, %				
Чувствительность	Специфичность	Прогностическая ценность		Точность прогноза
		положительного результата	отрицательного результата	
33,3	100,0	100,0	73,6	76,7

Установленные критерии не представляют диагностической сложности. Младенцы от многоплодной беременности при наличии вышеуказанных признаков должны быть отнесены в группу высокого риска прогрессирующего течения РН. Они подлежат более тщательному мониторингу.

Выводы

1. Установлены высокоинформативные критерии прогрессирующего течения РН у близнецов (явления экстраретинальной про-

лиферации, симптом «щеток» «++» и «+++», расширение вен с повышенной извитостью артерий и/или незначительным их расширением либо значительное расширение и извитость сосудов заднего полюса).

2. У детей, рожденных от многоплодной беременности, установленные прогностические критерии следует учитывать в мониторинге и определении сроков проведения лазерной коагуляции.

Сведения об авторах статьи:

Червоняк Ирина Александровна – аспирант кафедры офтальмологии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. Тел./факс 8(351) 260-68-16. E-mail: chervonyakirina@mail.ru.
Тагиева Екатерина Петровна – к.м.н., зав. отделением офтальмологии ГБУЗ ЧОДКБ. Адрес: 454000, г. Челябинск, ул. Блюхера, 42А. Тел./факс (351) 260-68-16.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочеткова, Е.А. Клинико-морфологические особенности пролиферативного процесса при диабетической ретинопатии и ретинопатии недоношенных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 20 с.
2. Сравнительный анализ изменений сетчатки у недоношенных детей, рожденных от многоплодной беременности / И.А. Червоняк [и др.] // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2011. – Т. 133, № 14. – С. 41-44.
3. Червоняк, И.А. Особенности клинического течения ретинопатии недоношенных у детей от многоплодной беременности / И.А. Червоняк, И.Е. Панова, Е.П. Тагиева // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 12-14.
4. Multiple pregnancies and its relationship with the development of retinopathy of prematurity (ROP) / M. dos Santos Motta [et all.] // Clinical Ophthalmology. – 2011. – № 5 – P. 1783-1787
5. Riazi-Esfahani, M. Retinopathy of Prematurity: Single versus Multiple-Birth Pregnancies. / M. Riazi-Esfahani, Y. Alizadeh, R. Kar-khaneh // Journal of Ophthalmic and Vision Researc. – 2008. – Vol. 3, № 1. – P. 47.

УДК 617.735-053.32:617.7:614.2 (470.43)
 © М.С. Петрачкова, 2015

М.С. Петрачкова

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница
 им. Т.И. Ерошевского», г. Самара

Статья посвящена опыту организации офтальмологической помощи, включающей комплекс мероприятий: скрининг, диспансерное наблюдение и лечение пороговых стадий ретинопатии недоношенных (РН) в условиях рассредоточения недоношенных детей группы риска в многопрофильных учреждениях Самарской области. Анализ результатов офтальмологических осмотров 1496 детей данной категории показал, что частота выявляемости различных стадий РН составляет 15,3% у детей, находящихся на стационарном лечении и 14,3% – на амбулаторном, пороговые стадии диагностированы у 5,3% и 1,5% детей соответственно. Регресс заболевания, индуцированный лазеркоагуляцией сетчатки, составил 85,7% случаев.

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных, лазеркоагуляция сетчатки, отслойка сетчатки.

M.S. Petrachkova
**A REGIONAL MODEL OF EYE CARE
IN PRETERM INFANTS IN SAMARSKIY REGION**

The article presents the experience of eye care organization, including screening, clinical examination and treatment of threshold stages of retinopathy of prematurity (ROP) in conditions of dispersal of hospitals that give special care to children of risk group in Samarskiy region. We analyzed the results of eye examination of 1496 infants: the frequency of detection of different ROP stages is 15.3% for infants in hospital and 14.3% - at the outpatient reception. Threshold stage was diagnosed in 5.3% of children in the hospital and in 1.5% - at the outpatient reception. Regression of the disease after the retinal laser coagulation was 85.7%.

Key words: retinopathy of prematurity, retinal laser coagulation, retinal detachment.

Диагностика и терапия ретинопатии недоношенных (РН) – наиболее актуальное и динамично развивающееся направление в детской офтальмологии. В последние годы интерес к этой проблеме возрос не только со стороны врачей-офтальмологов, неонатологов, педиатров, но и со стороны государственных органов, что обусловлено несомненной социальной значимостью заболевания [1], поскольку РН остается ведущей причиной устранимой слепоты у недоношенных детей во всем мире. Раннее выявление РН определяет возможность своевременного и эффективного ее лечения [3].

Высокая частота патологической беременности, преждевременных родов (в России ежегодно 93200-108200 детей рождаются преждевременно), переход на стандарты выхаживания недоношенных новорожденных, рекомендованные ВОЗ, ожидаемо приведут к увеличению частоты РН, а значит, потребуются проведение организационных мероприятий по оказанию этапной высококвалифицированной медицинской помощи данному контингенту пациентов [4].

Цель – провести анализ работы региональной модели офтальмологической помощи недоношенным новорожденным с РН в Самарской области, включающей комплекс мероприятий по раннему выявлению, лечению и диспансерному наблюдению детей группы риска по развитию РН.

Материал и методы

Самарская область входит в состав Приволжского федерального округа, численность ее населения по данным Госкомстата России на 2014 г. составляет 3 210 735 человек. Особенностью области является выхаживание недоношенных новорожденных в условиях их рассредоточения по различным стационарам области: в перинатальном центре областной клинической больницы г. Самары на базе СОКБ им. М.И. Калинина, отделении патологии недоношенных в ГБУЗ ГКБ им. Н.Н. Ивановой и перинатальном центре на базе ГКБ №5 г. Тольятти. В течение длительного времени укомплектовать эти больницы кадрами врачей-офтальмологов не удавалось.

Для решения проблемы диагностики и лечения детей с РН в 2011г. был создан кабинет по выявлению и динамическому наблюдению детей с РН (далее – кабинет катamnестического наблюдения), функционирующий на базе детского отделения СОКОБ им. Т.И. Ерошевского, имеющий в своем штате 3-х врачей-офтальмологов и 2-х медицинских сестер. Отделение оснащено высокотехнологичным медицинским оборудованием: широкопольной педиатрической ретинальной камерой экспертного класса RetCam Shuttle, налобным бинокулярным офтальмоскопом Heine и диодным лазерным аппаратом IRIDEX.

Офтальмологическая помощь детям, входящим в группу риска по развитию РН, организована следующим образом: специалистами кабинета катamnестического наблюдения осуществляется первичный осмотр всех выживших недоношенных новорожденных, находящихся на выхаживании в вышеуказанных многопрофильных учреждениях. При необходимости проведения лазеркоагуляции сетчатки (ЛКС), организуется выезд врачей с необходимым оборудованием непосредственно в тот стационар, где находится пациент, что позволяет избежать излишней транспортировки недоношенного ребенка.

Мониторинг за дальнейшим течением развития РН осуществляется в кабинете катamnестического наблюдения: обследованию подлежат все дети группы риска, выписавшиеся из стационара. Пациенты, которым диагноз пороговой РН выставлен впервые на амбулаторном приеме госпитализируются для выполнения ЛКС в СОКБ им. М.И. Калинина.

Под нашим наблюдением в 2013-2014 гг. находилось 1496 недоношенных новорожденных, госпитализированных в отделения патологии недоношенных ГБУЗ ГКБ им. Н.Н. Ивановой и СОКБ им. М.И. Калинина, а также впервые после выписки осмотренных в кабинете катamnестического наблюдения. За исследуемый период выполнено 2910 осмотров.

В отделении патологии недоношенных находилось на выхаживании и лечении 606 выживших недоношенных, в кабинете катamnестического наблюдения число первичных

пациентов составило 890 детей. Во всех указанных учреждениях соблюдались единые подходы к скринингу РН и мониторингу за течением болезни с учетом международных рекомендаций, адаптированных к нашей практике [2].

Результаты и обсуждение

Анализ результатов офтальмологического исследования детей показал, что частота выявления различной степени РН у недоношенных новорожденных, находящихся на стационарном лечении, и частота РН, выявляемая амбулаторно, составляют 15,3% (93 ребенка) и 14,3% (128 детей) соответственно. РН I и II

стадий в этих же группах составляет 89% (83 ребенка) и 6,4% (6 детей), находящихся на стационарном лечении, 73% (94 ребенка) и 15,6% (20 детей) – на амбулаторном лечении.

По данным литературы в разных регионах Российской Федерации частота пороговых стадий варьирует от 2,7 до 16%. В Самарской области прогрессирование РН до III стадии (в том числе задняя агрессивная форма РН), требующей немедленного выполнения ЛКС аваскулярных зон сетчатки, было диагностировано в 4,2% случаев у детей в стационаре (4 пациента) и в 11% случаев (14 пациентов) на амбулаторном приеме (см. рисунок).

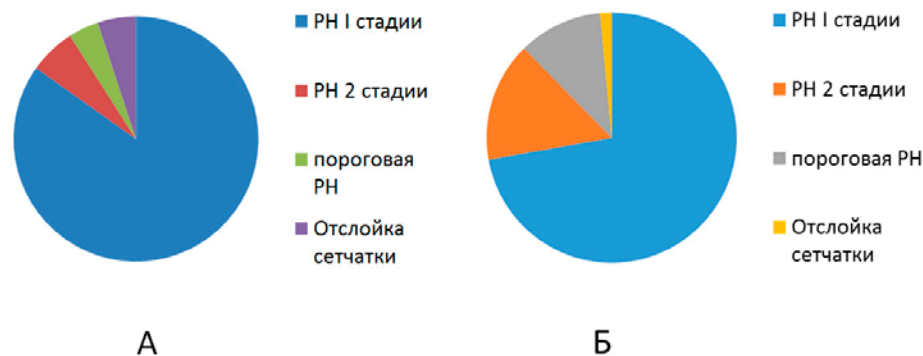


Рис. Выявляемость стадий РН в стационаре (А) и на амбулаторном приеме (Б)

Прогрессирование заболевания до стадий, потребовавшее витреоретинального вмешательства, диагностировано у 5,3% детей в стационаре (3 ребенка) и у 1,5% (2 ребенка) – амбулаторно. Лазеркоагуляция сетчатки выполнена 14 пациентам, регресс составил 85,7% (12 детей).

Заключение

Таким образом, разработанная в 2013 году региональная модель наблюдения недо-

ношенных младенцев, находящихся в отделениях выхаживания многопрофильных медицинских учреждений в Самарской области, основана на принципах непрерывности, преемственности, индивидуальности, комплексности оказания офтальмологической помощи. Такая организация офтальмологической помощи позволила эффективно обеспечить своевременное выявление, лечение и диспансерное наблюдение данной категории детей.

Сведения об авторе статьи:

Петрачкова Марина Сергеевна – врач-офтальмолог детского офтальмологического отделения, кабинета по выявлению и лечению ретинопатии недоношенных ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского». Адрес: 443068, г. Самара, ул. Ново-Садовая, 158. Тел.: 8(846) 312-22-70. E-mail: mpetrachkova@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Катаргина, Л.А. Ретинопатия недоношенных: актуальность и перспективы / Л. А. Катаргина // Сборник материалов межрегиональной междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием «Ретинопатия недоношенных». – М., 2014. – С.5-7.
2. Катаргина, Л.А. Ретинопатия недоношенных: избранные лекции по детской офтальмологии / Л.А. Катаргина, Л.В. Коголева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 27-61.
3. Трезе, М.Т. Телемедицина с применением современного программного обеспечения для диагностики ретинопатии недоношенных: опыт использования в США и перспективы применения / М.Т. Трезе, Е.В. Денисова, Л.А. Катаргина // Российская педиатрическая офтальмология. – 2014. – № 2. – С. 5-8.
4. Federal State Statistic Service URL: http://www.gsk.ru/wps/wcm/connect/rossat_main/en/ffures/population (дата обращения 21.01.15)