

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИИ СЕТЧАТКИ У ДЕТЕЙ С МИОПИЕЙ

**Статья посвящена вопросам клинического течения дистрофий периферии сетчатки у детей с миопией.**

**Ключевые слова:** дистрофия, сетчатка, миопия, дети.

**Актуальность.** Согласно современным литературным данным частота встречаемости периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) в общей популяции составляет 5-35% (Баталова О.М. 2001г.), при этом у 90-96% больных с отслойкой сетчатки выявлены различные формы ПВХРД (Лазаренко Н.Р. 1997 г, Лапочкин В.И. 1999 г). При своевременном лечении данной патологии риск осложненного течения значительно снижается, что делает актуальным своевременную диагностику «риск» – форм ПВХРД одним из действенных методов профилактики разрывов и отслоек сетчатки.

Как показывают клинические исследования последних лет, ПВХРД наблюдаются при всех видах рефракции, однако у пациентов с миопией частота их в 2—3 раза выше, чем у лиц с эмметропической и гиперметропической рефракциями и составляет 30 – 40% (Захарова Г.Ю., 1983; Curtin B.J., Karlin D.B., 1971; Straatsma B.R., Peter M.D. 1974). При этом процент дистрофических изменений растет с увеличением возраста, степени миопии и длительности ее течения (Винецкая М.Н., Тарутта Е.П. 2000 г.). Изменения на периферии глазного дна при близорукости обнаруживаются уже в детском возрасте, однако в доступных литературных источниках сведения о частоте, структуре, особенностях клинического течения ПВХРД у детей с миопической рефракцией представлены крайне скудно, все это делает необходимым активное изучение аспектов периферических дистрофий в детском возрасте.

В связи с этим **целью** нашего исследования явилось совершенствование диагностики различных форм периферических витреохориоретинальных дистрофий у детей с миопической рефракцией на основе изучения клиническо-

эпидемиологических особенностей их течения.

**Материалы и методы.** На базе офтальмологического отделения Челябинской областной детской клинической больницы за период с октября 2009 года по сентябрь 2010 года было обследовано и пролечено 334 ребенка с миопией различной степени, у 77 (23,1%) детей на 111 (16,6%) глазах были выявлены различные формы ПВХРД, при этом средний возраст детей составил  $13,3 \pm 2,5$  лет, удельный вес девочек 55%, мальчиков 45%. Осмотр пациентов включал стандартные диагностические методы: визометрию, авторефрактометрию (авторефрактометр Kowa KW2000), скиаскопию в условиях циклоплегии (Цикломед 1%), биомикроскопию, осмотр глазного дна с линзой Гольдмана в условиях медикаментозного мидриаза (Цикломед 1%) под местной анестезией (Инокаин 0,4%), фотоархивирование на ретинальной педиатрической камере Ret Cam II. Мониторинг состояния глазного дна осуществлялся через 6 месяцев у всех детей с выявленной дистрофией.

По **результатам** обследования наиболее часто ПВХРД выявлялись у детей старше 14 лет ( $60,0 \pm 1,5\%$ ), реже в возрасте 11-13 лет ( $25,0 \pm 6,3\%$ ) и в  $15,0 \pm 3,8\%$  случаев в возрасте 7-10 лет, при этом в последней группе у двух детей в анамнезе имелась ретинопатия недоношенных.

При анализе зависимости периферических дистрофий со степенью миопии получены следующие результаты: миопия слабой степени имела место в  $24,0 \pm 0,7\%$ , средней в  $49,0 \pm 1,5\%$ , высокой в  $27,0 \pm 0,8\%$ .

В  $87,0 \pm 2,0\%$  случаях дистрофические изменения носили двусторонний характер, в  $13,0 \pm 0,3\%$  изменения сетчатки выявлялись на одном глазу. Поражение правого глаза изолированно наблюдались в  $42,2 \pm 1,0\%$ , левого гла-

за в  $57,7 \pm 1,3\%$ . По локализации патология распределялась следующим образом: чаще всего дистрофические изменения обнаруживались в наружных сегментах –  $22,2 \pm 0,5\%$  и в верхне-наружном квадранте –  $20,0 \pm 0,4\%$ , чуть реже в нижне-наружных квадрантах  $15,6 \pm 0,3\%$ , нижних и верхних сегментах –  $13,3 \pm 0,3\%$  и  $11,1 \pm 0,2\%$  соответственно, на остальные сегменты и квадранты приходилось по  $4,4 \pm 0,1\%$  выявленных дистрофий. На двух глазах ( $4,4 \pm 0,1\%$ ) патологические изменения занимали все сегменты глазного дна.

Во всех случаях дистрофические изменения протекали бессимптомно. Чаще всего выявлялась дистрофия по типу патологической фокальной гиперпигментации с преретинальным фиброзом  $24,3 \pm 0,7\%$  и представляла собой отдельные пигментные глыбки размерами от  $1/8$  до  $1/4$ , различной формы, с сероватым налетом на поверхности очагов, локализирующиеся вблизи экваториальных отделов глазного дна, патологическая пигментация без фиброзного компонента встречалась в  $17,1 \pm 0,6\%$  случаях.

Дистрофия по типу «след улитки» была диагностирована в  $15,3 \pm 0,5\%$  и выглядела как блестящая четко очерченная веретенообразная зона, расположенная на экваторе или впереди от него.

Инеподобная дистрофия составила  $14,4 \pm 0,5\%$ , кистовидная дистрофия –  $8,1 \pm 0,2\%$ .

Реже встречалась решетчатая дистрофия – у  $3,6 \pm 0,14\%$ , офтальмоскопическими признаками были типичные узкие беловато-желтоватые, блестящие полосы, образующие фигуры, напоминающие решетку, локализовались также в экваториальной зоне.

Изолированные разрывы сетчатки выявлены в  $7,2 \pm 0,2\%$ , во всех случаях разрывы имели признаки витреоретинальной тракции.

Такие дистрофические изменения как «белое без вдавления» выявлены на трех глазах ( $2,7 \pm 0,12\%$ ), ретиношизис на двух глазах ( $1,8 \pm 0,1\%$ ), «жемчужные кисты» также на двух глазах ( $1,8 \pm 0,1\%$ ).

Таким образом, «риск» – формы ПВХРД (решетчатая дистрофия, «след улитки», патологическая пигментация с преретинальным фиброзом) были диагностированы в  $50,4 \pm 1,3\%$  случаях и потребовали проведения ограничивающей лазерной коагуляции дистрофических зон сетчатки.

По результатам контрольных осмотров через 6 месяцев стабильное течение процесса наблюдалось в  $82,1\%$  случаях, прогрессирующее течение ПВХРД имело место у  $17,9\%$  в виде появления преретинального фиброза, новых участков дистрофий, несквозных дефектов, что также потребовало проведения ограничивающей лазеркоагуляции.

**Вывод.** Различные формы дистрофических изменений периферии сетчатки у детей наиболее часто выявляются при миопии средней степени в возрасте старше 14 лет, в половине случаев – это «риск» – формы ПВХРД, которые требуют своевременного лазерного лечения. Все это делает необходимым полноценный офтальмологический осмотр детей с миопией в условиях максимального медикаментозного мидриаза и последующего мониторинга состояния глазного дна не реже, чем раз в 6 месяцев.

#### **Список использованной литературы:**

1. Аветисов Э.С., Близорукость. – М.: Медицина, 1999 г. – 285 с.
2. Тарутта Е.П. Склероукрепляющее лечение и профилактика осложнений прогрессирующей близорукости у детей и подростков. Автореф. дис. докт. мед. наук. М. 1993 г. – 42 с.
3. Поздеева О.Г. Периферические витреохориоретинальные дистрофии у лиц молодого возраста: особенности клиники, диагностика, патогенез, комплексное лечение. Автореф. Дис. Докт. Мед. Наук. Челябинск. 2005. – 44 с.
4. Лапочкин В.И. Периферические хориоретинодистрофии и астигматизм миопических глаз: статистическая оценка, взаимосвязь, клиническое значение/ В.И. Лапочкин, А.В. Свириной // Вестн. офтальмологии. – 1999. – №6. – С. 18–20.