

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СЕТЧАТКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Статья посвящена выявлению особенностей течения ретинопатии недоношенных у детей, рожденных от многоплодной беременности. Определена частота выявления изменений сетчатки у первого и второго ребенка из двойни. Описаны особенности клинического течения ретинопатии в данных группах детей.

Ключевые слова: многоплодная беременность, ретинопатия недоношенных.

Актуальность

Ретинопатия недоношенных (РН) – тяжелое витреоретинальное заболевание глаз, развивающееся преимущественно у глубоко недоношенных детей и в ряде случаев приводящее к необратимой слепоте. На сегодняшний день в России, по данным различных авторов данная патология возникает у 9,4-37,4% недоношенных детей, из них у 5-7% патологические изменения приводят к полной утрате зрения [1,4,5]. В структуре детской инвалидности по зрению ретинопатия недоношенных занимает третье место и составляет 16,6% [3].

В настоящее время наблюдается неуклонный рост заболеваемости ретинопатией недоношенных во всем мире, при том, что частота преждевременных родов - показатель относительно стабильный (5-12% от общего числа рождений). Принципиальным моментом является общая тенденция к изменению структуры выживших недоношенных в связи с переходом РФ в 1993 г. на международные критерии живорождения. Возрастание уровня выживаемости категории детей с массой тела при рождении 500 г и более привело к увеличению частоты инвалидизирующих заболеваний недоношенных, в том числе – РН [2].

Определенную долю среди недоношенных детей составляют дети, рожденные от многоплодной беременности. При этом частота многоплодных беременностей в последние десятилетия уверенно растет, что связано не только с природными факторами, но и широким распространением гормональной контрацепции и экстракорпорального оплодотворения. Данная беременность занимает пограничное положение между физиологическими и патологическими процессами и относится к состояниям высокого риска по невына-

шиванию; в 25% случаев многоплодные беременности заканчиваются преждевременными родами и рождением детей с массой тела менее 2500 г в 40-60%. В связи с этим, дети, рожденные из двойни, часто имеют признаки морфофункциональной незрелости всех органов и систем, в том числе зрительной системы, с большим риском развития ретинопатии недоношенных.

На сегодняшний день в доступных литературных источниках достаточно полно представлены сведения о наиболее значимых факторах риска, патогенезе, клиническом течении и необходимом профилактическом лечении ретинопатии недоношенных. Однако имеющиеся данные обеспечивают представления об особенностях развития заболевания у детей, рожденных только от одноплодной беременности.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности и особенностей клинического течения ретинопатии недоношенных у детей рожденных от многоплодной беременности.

Материалы и методы

На базе офтальмологического отделения Челябинской областной детской клинической больницы за период с октября 2009 по август 2011 г. обследовано 137 детей из 69 двоен, среди которых у 51,1% имелись признаки преретинопатии и у 19,7% детей были диагностированы различные стадии ретинопатии недоношенных. Для анализа изменений на глазном дне были выделены следующие группы исследования: I – дети, рожденные первыми из двойни, II – дети, рожденные вторыми из двойни, III - дети, рожденные от одноплодной беременности. Средний срок гестации на момент рождения в первых двух

группах соответствовал $33,1 \pm 0,3$ неделям. Первую группу составили 69 детей, средний вес при рождении $1932 \pm 62,9$ г, из них 34 мальчика – 49,2% и 35 девочек – 50,8%. Вторую группу составили 68 детей (1 ребенок умер), средний вес при рождении $1919 \pm 61,9$ г, из них 31 мальчик – 45,6%, 37 девочек 54,4%. Третья группа сравнения состояла из 110 детей со средним сроком гестации 32 ± 2 недели, средней массой тела при рождении $1873 \pm 67,4$ г, мальчиков 53 %, девочек 47%.

Мониторинг состояния глазного дна проводился согласно срокам, указанным в рекомендациях по наблюдению за недоношенными детьми. Как правило, первые осмотры проводились в условиях отделений реанимации или палат интенсивной терапии и осуществлялись методом непрямой офтальмоскопии с использованием широкоугольной линзы 14 и 28 диоптрий. При компенсации общего состояния ребенка и возможности его жизнеобеспечения без искусственной вентиляции легких, осмотр глазного дна осуществлялся в офтальмологическом отделении в условиях максимального медикаментозного мидриаза на ретинальной педиатрической камере «RetCam II» с использованием линзы с углом обзора 130 градусов. Частота осмотров зависела от динамики патологического процесса на глазном дне, стадии заболевания. Лазерная коагуляция выполнялась по протоколу на офтальмокоагуляторе 532 нм Ellex «Entegre» под ларингально - масочным наркозом (Sevoflurane) через широкопольную фундус линзу. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы «Stat 6,0».

Результаты и обсуждение

Диагноз преретинопатии выставлялся при наличии изменения диаметра и соотношения сосудов сетчатки, наличии пре- и интратретиальных кровоизлияний, бледного фона глазного дна, наличие зон ишемии на крайней периферии сетчатки. При ретинопатии недоношенных I стадии ретиноскопически визуализировалась демаркационная линия белого цвета в плоскости сетчатки на границе васкуляризированной и аваскулярной ее части в 3-й зоне глазного дна, усиление сосудистого рисунка. При РН II стадии определялся демаркационный вал белого или слегка розового цвета, проминирующий над уровнем сетчатки, распространявшийся на 4-12 часовых меридианов, обнаруживались мелкие очажки фиброзной ткани серого цвета, единичные артериовенозные шунты. РН III стадии характеризовалась наличием демаркационного гребня, значительно возвышающегося над уровнем сетчатки, занимающего 6-12 часовых меридианов, с выраженными явлениями экстраретинопатической пролиферации в виде участков серого цвета на нем или в непосредственной близости от него, во всех случаях имелись извитые и расширенные сосудистые коллатерали. При наличии резкого полнокровия и извитости сосудов заднего полюса, обширных зон ишемии, распространяющихся по всем часовым меридианам до 1-ой зоны с явлениями выраженной фиброваскулярной пролиферацией и образованием мощных сосудистых аркад выставлялся диагноз «плюс» - болезни.

Результаты анализа изменений на глазном дне в группах сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика изменений на глазном дне у детей, рожденных от многоплодной и одноплодной беременности

Диагноз при первичном осмотре	I (n=69)		II (n=68)		III (n=110)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	19	27,5**	21	30,8***	56	50,9**/***
преретинопатия	36	52,1**	34	50,0***	17	15,5**/***
Ретинопатия недоношенных	14	20,3	13	19,1	36	32,7
РН I стадии	4	5,8	2	2,9***	10	9,1***
РН II стадии	6	8,7**	3	4,4***	19	17,3**/***
РН III стадии	3	4,3*	7	10,3*/***	6	5,5***
РН IV и V стадии	0	0	0	0	1	0,9
«Плюс»-болезнь	1	1,4	1	1,4	1	0,9

* – статистическая достоверность различий ($p < 0,05$) между I и II группами; ** – статистическая достоверность различий ($p < 0,05$) между I и III группами; *** – статистическая достоверность различий ($p < 0,05$) между II и III группами

Результаты проведенного исследования по изучению частоты ретинопатии недоношенных при одноплодной и многоплодной беременности свидетельствуют о достоверно более высокой частоте выявления ретинопатии у недоношенных детей, рожденных от одноплодной беременности (32,7% против 19,7%). Данные таблицы показывают, что при сравнении групп исследования имеются достоверные различия в частоте выявления различных стадий ретинопатии в группах. Так признаки преретинопатии чаще встречались в двойнях, в то время, как ретинопатия недоношенных I и II стадии достоверно больше диагностировалась у детей, рожденных от одноплодной беременности. Необходимо отметить, что пороговая III стадия ретинопатии, требующая проведения лазерной коагуляции ишемизированных зон сетчатки, достоверно чаще имела место у второго ребенка из двойни.

Мониторинг состояния сетчатки новорожденных в двойнях свидетельствует о том, что при повторных осмотрах у двух детей в I группе в

течении первого месяца жизни отмечалось появление признаков ретинопатии недоношенных I стадии. В процессе дальнейшего динамического наблюдения явления ретинопатии полностью регрессировали к 2-3 месяцам жизни. Во второй группе прогрессирование имело место у четырех детей: у двух в виде появления ретинопатии недоношенных I стадии, которая также в дальнейшем самостоятельно регрессировала; и у двух детей в виде ретинопатии III стадии, что потребовало проведения профилактической лазеркоагуляции ишемизированных зон сетчатки.

Выводы

Ретинопатия недоношенных у новорожденных от многоплодной беременности в сравнении с одноплодной определяется меньшей частотой встречаемости (19,7%) и более высокой частотой выявления III пороговой стадии у ребенка, рожденного вторым. Полученные данные следует учитывать в мониторинге течения ретинопатии недоношенных.

6.10.2011

Список литературы:

1. Азнабаев М.Т., Ахмадеева Э.Н., Сайдашева Э.И. Ретинопатия недоношенных. – Уфа, 2000. – 180 с.
2. Избранные лекции по детской офтальмологии / Под ред. проф. В.В. Нероева. – М., 2009. – 184 с.
3. Либман Е.С., Шахова Е.В. // Вестник офтальмологии. – 2006. - №1. – С.35-37.
4. Пасечникова Н.В. Лазерное лечение при патологии глазного дна. – Киев, 2007. – 130 с.
5. Bossi E., Koerner F. Retinopathy of prematurity // Intensive Care Med. – 1995. – 21. – P. 141 – 146.

UDC 617.73-053.32

Chervonjak I.A., Panova I.E., Tagieva E.P., Karavaeva A.A.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF RETINA CHANGES AT PREMATURES BORN FROM MULTIFETATION

Article is devoted to the revealing of course features of retinopathy of prematurity at children born from multifetation. Frequency of retina changes revealing at the first and second child from twins is defined. There have been described the features of a clinical course of retinopathy in these groups of children.

Key words: multifetation, retinopathy of prematurity.

Bibliography:

1. Aznabaev M. T, Ahmadeeva E.N., Sajdasheva E.I. Retinopathy of prematurity. – Ufa, 2000. – 180 p.
2. The selected lectures on children's ophthalmology / Edited by prof. V.V. Nerov. – M, 2009.
3. Libman E.S., Shahova E.V.//The ophthalmology Vestnik. – 2006. - №1. – P.35-37.
4. Pasechnikova N.V. Laser treatment at eye bottom pathology. – Kiev, 2007. – 130 p.
5. Bossi E., Koerner F. Retinopathy of prematurity//Intensive Care Med. – 1995. – 21. – P. 141 – 146.