

Выводы.

1. Изменения придаточного аппарата и переднего отрезка глазного яблока, а также снижение резервов аккомодации может быть связано с нарушением микроциркуляции в этих отделах и снижением общего тонуса сосудов организма в целом на фоне ТИЗ.
2. Изменения цветового зрения в виде трито- и дейтерододефицита I степени, выявленные в ходе исследования, статистически достоверны.
3. Результаты исследования на программе «Оффон» - удлинение ВСМР на различные по яркости и насыщенности стимулы подтверждают изменение цветоощущения и контрастной чувствительности при ТИЗ у детей.
4. В группе детей с патологией почек (ТИЗ) регистрируются субнормальные показатели ОЭРГ, тогда как показатели ПЗВП практически не отличаются от таковых в контрольной группе.
5. Выявленные изменения цветовой, контрастной чувствительности, данные клинического осмотра и показатели электрофизиологического состояния сетчатки свидетельствуют о реактивном ответе глазного яблока на дегенеративные и метаболические изменения в почках в фазе клинико-лабораторной ремиссии ТИЗ, проявляющемся на клеточном уровне и нарастающем постепенно, от периферии к центру.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО ПЕРИОДА РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

*Коротких С.А., Степанова Е.А., Карякин М.А., Хлопотов С.В.
г. Екатеринбург*

Актуальность. Количество выживших недоношенных детей в Уральском регионе ежегодно увеличивается. В Свердловской области, по статистическим данным, в 2005 г. родилось 1022 недоношенных ребенка с массой тела менее 2000 г, в 2006 г. – 1072, в 2007 г. – 1198. Это составляет 2,25 %, 2,30 % и 2,40 % от количества родившихся, соответственно. При этом растет количество глубоко недоношенных младенцев с массой тела менее 1000 г. (46, 39 и 79 детей, соответственно).

Несмотря на современную неонатологическую и офтальмологическую помощь, оказываемую недоношенным детям в Свердловской области, у них сохраняется риск развития ретинопатии недоношенных IV и V стадий, приводящих к слабовидению и слепоте.

Предотвратить потерю зрения у таких пациентов позволяет своевременное выявление заболевания, проведение лазерного лечения, а при отсутствии эффекта – хирургическое лечение (витректомию с сохранением или удалением прозрачного хрусталика).

Цель работы: анализ результатов хирургического лечения активного периода IVa стадии ретинопатии недоношенных.

Материал и методы. На базе областного детского офтальмологического центра, центра ретинопатии недоношенных НПЦ «Бонум», г. Екатеринбурга прооперировано 37 пациентов (57 операций) с IV стадией ретинопатии недоношенных, из них 10 пациентов (14 глаз) по поводу задней агрессивной формы заболевания. В 8 случаях проведена ленсберегающая витректомию.

Срок гестации на момент рождения этих детей составлял от 24 до 34 недель (средний срок $28,8 \pm 2,3$ нед). Масса тела при рождении колебалась от 680 г до 1980 г (средняя 1242 ± 322 г). Возраст на момент операции от 6,9 до 21,6 недели (средний $13,3 \pm 3,2$ нед), постконцептуальный возраст на момент операции от 32,4 до 51,1 недель (средний $41,7 \pm 4,0$ нед)

Всем пациентам проводилась тотальная витректомию на аппаратах DORC Associate 2500 и Alcon Accurus 800. В зависимости от планируемого объема операции (сохранялся или нет собственный хрусталик) формировался доступ через 2 или 3 склеротомии в 0,5 – 1 мм или 2,5 – 3 мм от лимба. В ходе операции проводилась ленсектомия (при отсутствии возможности сохранения собственного хрусталика), тотальная витректомию, выделение и максимально возможное удаление преретинальных мембран, высокочастотная эндокоагуляция новообразованных сосудов, при необходимости – эндолазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки. В 15 случаях сделана тампонада полости стерильным воздухом, после остальных операций в полости глаза оставлен сбалансированный солевой раствор.

Результаты. Результаты хирургического лечения представлены в таблице.

Таблица. Результаты хирургического лечения активного периода РН

	№ (количество глаз)	Полное прилегание	Частичное прилегание (уменьшение высоты ОС)	Прогрессирование заболевания	Осложнения
Классическая форма	35 (72,9%)	18 (51,4%)	11 (31,4%)	6 (17,2%)	3 (8,8%)
Задняя агрессивная форма	13 (17,1%)	4 (30,8%)	5 (38,4%)	4 (30,8%)	—
Всего	48	22 (45,8%)	16 (33,4%)	10 (20,8%)	3 (6,3%)

В результате хирургического лечения активного периода РН стабилизация процесса достигнута в 79,2% случаев (из них полное прилегание сетчатки наблюдается в 45,8 %). Прогрессирование процесса, развитие V стадии РН наблюдалось у 10 пациентов (20,8%). У остальных пациентов сохраняется стабильная локальная плоская отслойка сетчатки. Достоверной разницы между результатами с эндотампонадой полости воздухом или BSS не обнаружено.

После проведения ленсберегающей витректомии полное прилегание сетчатки достигнуто у 4 пациентов (50% операций).

Хирургическое лечение задней агрессивной формы позволило остановить прогрессирование заболевания у 69,2% пациентов, у остальных 30,8% отмечалось прогрессирование отслойки сетчатки.

Выводы. Витреоретинальная хирургия при лечении IVa стадии ретинопатии недоношенных является одним из эффективных способов предотвращения прогрессирования заболевания и сохранения зрения у недоношенного ребенка.

Важным элементом в дальнейшем развитии зрительных функций у детей с РН является сохранение собственного прозрачного хрусталика. При этом практически не изменяется физиологическое строение оптической системы органа зрения, что повышает шансы на хорошее зрение у ребенка.

Хирургическое лечение при классическом течении заболевания более эффективно, чем при задней агрессивной форме РН, что обусловлено тяжестью заболевания.

Список литературы.

1. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. М. 2003, с.102-109.
2. Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина Н.В. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии – Спб., 2006 С. 127 – 187.
3. Хватова А.В., Катаргина Л.А., Захарова Г.Ю., Денисова Е.В., Коголева Л.В. // Актуальные проблемы детской офтальмохирургии: материалы научно- практической конференции – М., 2002.
4. Kychenthal A. Vitrectomy for stage 4 retinal detachment in infants with zone i retinopathy of prematurity [Text] / Andres Kychenthal, Paola Dorta // World ROP meeting – Is blindness preventable?, Vilnius, Lithuania, 2006. – p.110
5. Gonzales C.R., Boshra J., Schwartz S. 25-gauge pars plicata vitrectomy for stage 4 and 5 retinopathy of prematurity // Retina, 2006, Volume 26, Number 7, Supplement: S42- S46.
6. Hartnett .E, Maguluri S., Thompson H., Mccolm J. Comparison Of Retinal Outcomes After Scleral Buckle Or Lens-Sparing Vitrectomy For Stage 4 Retinopathy Of Prematurity // Retina, 2004, Volume 24, Number 5: 753- 757.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Коротких С.А., Степанова Е.А., Кулакова М.В.
г. Екатеринбург*

Актуальность. В Екатеринбурге и Свердловской области каждый год выхаживается от 800 до 1000 недоношенных детей группы риска, родившихся ранее 35 недель гестации и с весом менее 2000 грамм. Из них заболевает ретинопатией недоношенных (РН) от 30% до 38% (в России, по данным различных авторов, частота РН колеблется от 17% до 34%). Данная специфичная патология глаз по-прежнему может приводить к слепоте за счет развития отслойки сетчатки. Только квалифицированное проведение офтальмологического мониторинга позволяет