

Гашимова Н.Ф., Касимов Э.М., Султанова М.М.* , Исмаилзаде С.Ч.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

*Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, г.Баку, Азербайджан**

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных.

Недоношенность является одной из основных причин смертности среди новорожденных детей. Современные технологии, применяемые в неонатологии, позволяют выхаживать глубоконедоношенных детей, рожденных на сроке гестации 22 недели и с массой тела 500 грамм и более [1]. По статистике, у таких детей впоследствии часто наблюдаются хронические заболевания центральной нервной системы, задержка психомоторного развития, соматические патологии. Ретинопатия недоношенных (РН) – одна из наиболее грозных проблем, возникающих у глубоконедоношенных детей [1, 2]. Это тяжелое витреоретинальное заболевание, которое в большинстве случаев приводит к потере зрения с раннего возраста и ведет к инвалидности. Развитие РН зависит от срока гестации и массы тела при рождении, наличия изменений со стороны дыхательной, кровеносной и нервной систем, адекватности проводимых мер по выхаживанию младенца. Чем более незрелым рождается ребенок, тем более вероятно развитие РН. По данным исследователей, заболевание развивается у 17-34% детей группы риска. У детей, рожденных с массой тела при рождении 500-1000гр, патология возникает в 88-95% случаев [3, 4, 5]. Кроме того, дети, рожденные на таких сроках, в первую очередь попадают в поле зрения невропатологов и педиатров. Проблемы органа зрения остаются незамеченными родителями и не диагностируются своевременно, что, в свою очередь, делает ситуацию еще более трагичной. В связи с этим, проблема раннего выявления, профилактики и лечения этого грозного осложнения со стороны органа зрения становится особенно актуальной.

Правильный подход к решению проблемы РН, ранний мониторинг, диагностика и адекватное лечение патологии позволяет сохранить зрение большинству детей с РН. Однако организация своевременного выявления данной патологии среди детей группы риска достаточно сложна. Перед специалистами возникает множество проблем, такие как взаимодействие врачей разного профиля, оптимизация индивидуального подхода, определение тактики мониторинга и лечения.

В Национальном Центре Офтальмологии им. Зарифы Алиевой создана группа офтальмологов, которая занимается организацией офтальмологической помощи недоношенным новорожденным. Для организации работы сотрудники НЦО проводят встречи и беседы с акушерами и гинекологами в родильных домах республики, с поликлиническими врачами. Заключены официальные договора между НЦО и Республиканским Перинатальным Центром, Республиканской Клинической больницей им. Миркасимова, Центральной больницей Нефтяников, роддомами города Баку.

По данным различных исследований, РН может возникнуть в различные сроки после рождения, длительность течения и тяжесть заболевания также вариabельны и неоднозначны. В разных странах отмечаются разные данные о частоте развития заболевания, различаются и данные по параметрам группы риска. Все это осложняет поставленную перед детскими офтальмологами задачу - сохранить зрительные функции у маленьких пациентов. Несомненно и то, что адекватность организации работы зависит от финансовых возможностей города, района, страны. Большое значение имеет наличие хорошо обученных специалистов, уровень оснащенности клиник.

Для наиболее адекватного выполнения поставленных задач и организации качественной офтальмологической помощи недоношенным новорожденным рекомендуется выделять несколько этапов специализированной помощи данному контингенту пациентов: **1 этап** – выделение группы риска; **2 этап** – первичный офтальмологический осмотр недоношенного ребенка из группы риска; **3 этап** – осуществление динамического наблюдения офтальмологом недоношенного ребенка; **4 этап** – организация лечебных мероприятий. На каждом этапе выделены конкретные цели и задачи, соответственно с которыми обеспечивается техническое оснащение, обучение и подготовка кадров.

1 этап – выделение группы риска, определение той категории детей, у которых в той или иной степени вероятно развитие заболевания. Несомненно, что чем более незрелым родился ребенок, тем больше вероятность развития РН. Большую роль также играет и соматическое состояние недоношенного новорожденного. При этом, если степень недоношенности определяет частоту развития заболевания, то характер и тяжесть ее течения во многом зависит от сопутствующих факторов риска. Здесь необходимо отметить значение условий выхаживания ребенка, длительность пребывания на аппарате искусственной вентиляции легких и в кювете, наличие респираторного дистресс-синдрома, инфекционных заболеваний, геморрагических и гипоксических заболеваний центральной нервной системы, других патологий. В развитых странах, где тактика выхаживания новорожденных ежегодно совершенствуется, практически не наблюдается развитие РН в группе недоношенных, рожденных с массой тела 1500-2000гр, хотя еще 10-15 лет назад такие дети находились в группе риска [6]. Однако, на сегодняшний день трудно привести к единому знаменателю организацию медицинской помощи населению на территории всей республики. Учитывая это, мы предлагаем выделять в группу риска всех недоношенных, рожденных с массой тела менее 2000 грамм и сроком гестации менее 35 недель. В среднем частота развития заболевания среди детей этой группы составляет 26%. При этом, чем меньше гестационный возраст ребенка и его вес при рождении, тем выше риск развития заболевания [7, 8, 9]. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний (инфекций, тяжелых состояниях гипоксии) РН развивается и протекает тяжело и с осложнениями даже среди детей со сроком гестации при рождении 33-35 недель, и с массой тела при рождении 1500-2000грамм. Следовательно, если детей рожденных с массой тела 1500 грамм и при сроке гестации менее 32 недель необходимо обязательно осматривать и динамически наблюдать, то к более зрелым детям необходим индивидуальный подход. В группу риска их включают в случае наличия тяжелой соматической патологии, неблагоприятного протекания первых дней жизни. Однако, осмотр таких детей с целью исключения РН также необходим.

Выделение группы риска по развитию РН должно проводиться комплексно, с участием акушеров, неонатологов, педиатров, поскольку именно эти специалисты занимаются ребенком в первые дни жизни. Группу риска необходимо выделять с момента рождения и на протяжении первого месяца жизни ребенка. Формируется группа риска на основании выделенных выше параметров: масса тела менее 2000 грамм и срок гестации менее 35 недель, наличие тяжелой соматической патологии. После того, как врач-неонатолог (акушер, педиатр) определил, что ребенок внесен в группу риска, необходимо по возможности откорректировать состояние гипоксии, назначить антиоксиданты, тщательно дозировать кислородотерапию, контролировать парциальное давление газов в крови. Резкое колебание последних способствует развитию РН. Следующий шаг – информирование родителей ребенка о возможности развития патологии у новорожденного. При этом необходимо объяснить, что сроки возникновения патологии, так называемый клинический дебют заболевания, варьируют от 4 до 8 недель после рождения. При этом, чем меньше гестационный возраст на момент рождения малыша, тем позже выявляется патология – сохраняется постконцептуальный возраст 31-34 недели. Этот момент очень важен при общении с родителями ребенка, так как им необходимо подробно объяснить необходимость динамического наблюдения. Для удобства работы медицинских специалистов необходимо осматривать всех детей в сроки от 4 до 8 недель после рождения. После информирования родителей новорожденного необходимо направить ребенка на осмотр к офтальмологу. Организация офтальмологического осмотра решается с учетом местных возможностей и условий оснащенности офтальмологического кабинета.

2 этап – первичный офтальмологический осмотр недоношенного ребенка из группы риска. Первичный осмотр офтальмологом необходимо проводить в том учреждении, где на этот момент находится ребенок. Кабинет офтальмолога должен быть специально оборудован, а персонал обучен для проведения полного осмотра пациента без отрыва от основного лечения. К сожалению, в реальной жизни это возможно только в крупных педиатрических центрах, где есть отделение патологии недоношенных новорожденных. Ребенок в период назначенного осмотра может находиться в стационарах различного профиля соответственно соматической патологии, где нет хорошо оборудованного кабинета, а зачастую и специалиста-офтальмолога. Это могут быть неврологические, инфекционные и другие специализированные клиники. В ряде случаев, ребенок может пребывать в домашних условиях под наблюдением участкового педиатра. Все перечисленное очень затрудняет работу окулиста по проведению первичного осмотра с целью выявления РН. Здесь опять целесообразно вспомнить о хорошо проведенном информировании родителей ребенка, с обязательным направлением на осмотр к офтальмологу, произведенным в рамках первого этапа организации помощи данной группе населения. В ряде случаев целесообразно вызывать офтальмолога на место пребывания недоношенного с целью проведения первичного осмотра в непригодных условиях, по возможности транспортировка ребенка в специализированное учреждение. На этом этапе также большую

роль играет информированность персонала, работающего с недоношенным ребенком, а также родителей, которые могут сами попросить организацию осмотра пациента окулистом. Большую роль играет тесное сотрудничество лечащего врача маленького пациента и офтальмолога, ведущего за ним наблюдение. Необходимо также помнить о том, что РН развивается в сроки от 4 до 8 недель после рождения, следовательно, одного осмотра недостаточно, необходимо динамическое наблюдение.

3 этап – осуществление динамического наблюдения недоношенного ребенка. Основная цель офтальмолога на этом этапе работы – коррекция условий выхаживания ребенка. Частота и длительность осмотров зависит от состояния органа зрения на момент первого осмотра. В случаях отсутствия признаков РН осмотр проводят раз в две недели. При выявлении незавершенности васкуляризации сетчатки – раз в 10-14 дней, при наличии признаков РН – еженедельно, а при злокачественном течении болезни – каждые 2-3 дня. Наблюдение проводят в сроки от 3 до 16 недель. В ряде случаев назначается местная медикаментозная терапия (при быстром прогрессировании патологии, выраженном экссудативном компоненте). Также на этом этапе решается вопрос необходимости своевременной профилактической коагуляции сетчатки при прогрессировании РН.

4 этап – организация лечебных мероприятий. При достижении пороговой стадии заболевания принимается решение о проведении крио- либо лазерной коагуляции сетчатки. В некоторых случаях хирургическое лечение рекомендуется и в допороговой стадии заболевания. По данным литературы, своевременно проведенная данная процедура позволяет сохранить зрение пациентам и избежать терминальных стадий в 70-95% случаев. Смысл данной процедуры заключается в коагуляции аваскулярных зон сетчатки. Показанием к хирургическому лечению является прогрессирование РН до пороговой, стадии. На этой стадии РН характеризуется распространением зон экстраретинального роста фиброваскулярной ткани на 5 и более меридианов подряд или на 8 меридианов суммарно. При появлении признаков экстраретинального роста коагуляцию можно проводить в допороговой стадии. Более раннее применение хирургического профилактического лечения нецелесообразно, поскольку частота спонтанного регресса на 1-2 стадии достигает 55%, в 3 стадии – 25-35% случаев. При определении необходимости и сроках проведения профилактической хирургии также нужно учитывать, что у детей после коагуляции сетчатки могут чаще наблюдаться аномалии рефракции, изменения границ поля зрения, глазодвигательные нарушения. Следовательно, принцип “не навредить” требует от специалиста осторожности в назначении профилактического хирургического лечения в ранние сроки РН.

После определения показаний к проведению коагуляции и выбора сроков вмешательства необходимо определиться с методикой хирургии. В зависимости от подготовки специалиста и оснащения клиники, а также от состояния глаза пациента, это может быть криотерапия, диодовый или аргоновый лазер, транссклеральная либо транспупиллярная методики, их комбинации. Например, локализация процесса в первой зоне осложняет транссклеральный подход, а наличие зрачковой мембраны не позволит хирургу работать транспупиллярно. Сложность проведения хирургического вмешательства у этой группы пациентов обусловлена особенностями данного контингента. Работа с такими больными требует не только присутствия высококвалифицированного специалиста офтальмолога и специального оснащения клиники. Необходимы также условия для проведения хирургии. Одно из требований – наличие специализированной анестезиологической помощи с учетом общего состояния недоношенного ребенка, возможность выхаживания в до- и послеоперационном периоде.

Через 7-10 дней после проведенной коагуляции проводится очередной осмотр и, при необходимости – дополнительная процедура. Дальнейшее наблюдение за ребенком проводится по необходимости и назначается офтальмологом. В ряде случаев, не смотря на все принятые меры, наблюдается прогрессирование РН. В таких случаях необходима консультация витреоретинального хирурга, который предложит при необходимости хирургическое лечение (экстрасклеральное пломбирование, витреоретинальная хирургия и т.д.).

Сотрудники НЦО имени Зарифы Алиевой проводят активную работу по выявлению, лечению и организации профилактики РН у недоношенных новорожденных. Регулярно проводятся встречи с акушерами и гинекологами в родильных домах страны, врачами поликлиник, сотрудниками неонатальных центров. На встречах и семинарах подробно объясняется особая важность работы по выделению группы риска недоношенных детей. Немаловажным является и доступное объяснение родителям пациентов все риски возможного заболевания. Разработана и распечатана памятка для родителей, которую предлагается вручать родителям недоношенных новорожденных (рис.1). На основании договора, заключенного с Институтом Педиатрии им. К.Фараджевой, наши врачи регулярно проводят осмотры детей группы риска в отделении патологии недоношенных новорожденных. На базе Института Педиатрии организован и оборудован

офтальмологический кабинет, где постоянно работает врач-офтальмолог, сотрудники детского отделения НЦО регулярно проводят осмотры и консультации. При выявлении признаков РН пациенты динамически наблюдаются и при необходимости проходят лечение в НЦО. Таким образом, сотрудники нашего института принимают участие в организации и выполнении задач всех 4 этапов помощи маленьким пациентам.

*Akademik Z. Əliyeva adına Milli
Oftalmologiya Mərkəzi*



Yaddaş

Vaxtındanəvvəl doğulmuş uşaqlarda retinopatiya xəstəliyi korluğa səbəb olan əsas amillərdən biridir!

Xəstəliyi əmələ gətirən əsas faktorlar aşağıdakılar ola bilər:

- Doğuşun **35 həftədən** tez olması.
- 2) Doğulmuş uşağın çəkisi **2500 qr.** az olması.
- 3) Dölün bətnədaxili inkişafının ləngiməsi, ürək-damar sisteminin və tənəffüs yollarının xəstəlikləri.
- 4) Hamiləlik vaxtı ananın keçirdiyi infeksiyon xəstəlikləri.
- 5) Hamiləlik və doğuş zamanı ağırlaşmalar.
- 6) Çoxdöllü hamiləlik
- 7) İrsi meyillik



Göstərilən hallarda oftalmoloqun müayinəsi mütləqdir!

Retinopatiyanın müalicəsi ancaq xəstəlik erkən aşkar olunduqda mümkündür!



Рис. 1. Памятка для информирования родителей недоношенных новорожденных.

Очевидно, что для организации офтальмологической помощи недоношенным новорожденным по поводу РН, для адекватной работы представленной схемы, необходима общая мобилизация офтальмологов, акушеров, неонатологов, педиатров и невропатологов всей страны. Необходима организация специализированной службы по оказанию помощи недоношенным новорожденным с обязательным проведением всех необходимых процедур на соответствующем этапе жизни ребенка. Только в таких условиях возможно качественное оказание специализированной помощи недоношенным детям.

LİTERATURA:

1. Катаргина Л.А., Хватова А.В. Хирургические аспекты проблемы ретинопатии недоношенных / Мат. симпозиума ФГУ "Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца": Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных. М, 2000, с.69-78.
2. Ademola-Popoola D., Adesiyun O., Durotoye I.A. et al. Screening programme for retinopathy of prematurity in ilorin // West Afr. J. Med., Nigeria: a pilot study, 2013, v.32(4), p.281-5.
3. Maldonado R.S., Yuan E., Tran-Viet D. et al. Three-Dimensional Assessment of Vascular and Perivascular Characteristics in Subjects with Retinopathy of Prematurity // Ophthalmology, 2014, pii: S0161-6420(13)01179-2.
4. Küçükevcilioğlu M., Mutlu F.M., Sarıcı S.U. ve b. Frequency, risk factors and outcomes of retinopathy of prematurity in a tertiary care hospital in Turkey // Turk J. Pediatr., 2013, v.55(5), p.467-74.
5. van Sorge A.J., Termote J.U., Kerkhoff F.T. et al. // J. Pediatr., 2014, v.164(3), p.494-498.
6. Chaudhry T.A., Hashmi F.K., Salat M.S. et al. Retinopathy of prematurity: an evaluation of existing screening criteria in Pakistan // Br. J. Ophthalmol., 2014, v.98(3), p.298-301.
7. Xu Y., Zhou X., Zhang Q. et al. Screening for retinopathy of prematurity in China: a neonatal units-based prospective study // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 2013, v.54(13), p.8229-8236.
8. Rao K.A., Purkayastha J., Hazarika M. Analysis of prenatal and postnatal risk factors of retinopathy of prematurity in a tertiary care hospital in South India // Indian J. Ophthalmol., 2013, v.61(11), p.640-644.
9. Braverman R.S., Enzenauer R.W. Socioeconomics of retinopathy of prematurity care in the United States // Am. Orthopt. J., 2013, v.63, p.92-96.

Haşımova N.F., Qasımov E.M., Sultanova M.M.*, İsmayılzadə S.Ç.

AZƏRBAYCANDA YARIMÇIQ DOĞULMUŞ UŞAQLARDA RETINOPATİYANIN ERKƏN AŞKARLANMASI VƏ MÜALİCƏSİ

*Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan
Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı şəh., Azərbaycan**

Açar sözlər: *yarımçıq doğulmuş uşaqlarda retinopatiyası*

XÜLASƏ

Vaxtından qabaq doğulmuşların retinopatiyasına dair yarımçıq doğulmuş körpələrə oftalmoloji yardımın təşkili və təqdim edilmiş sxemin adekvat işi üçün bütün ölkənin oftalmoloqlarının, mama həkimlərinin, neonatoloqlarının, pediatriklarının və nevropatoloqlarının ümumi səfərbərliyi lazımdır. Vaxtından əvvəl yenidoğulmuş körpələrə həyatının uyğun olan mərhələsində bütün lazımlı prosedurların məcburi keçirilməsi ilə yardımın göstərilməsi üzrə ixtisaslaşdırılmış xidmətin təşkili vacibdir. Yalnız belə şəraitdə vaxtından qabaq doğulmuş uşaqlara keyfiyyətli ixtisaslaşdırılmış yardımın göstərilməsi mümkündür.

Gashimova N.F., Kasimov E.M., Sultanova M.M.*, İsmailzadeh S.Ch.

ORGANIZATION OF THE EARLY DETECTION AND TREATMENT OF RETINOPATHY OF PREMATURITY IN AZERBAIJAN

*National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan.
Azerbaijan Institute of Postgraduate Education after A.Aliev, Baku*.*

Key words: *retinopathy of prematurity*

SUMMURY

Organization for eye care in preterm infants over ROP, for adequate operation of the offered scheme requires the total mobilization of ophthalmologists, obstetricians, neonatologists, pediatricians and neurologists throughout the country. Providing specialized services needed to assist in preterm infants with compulsory all necessary procedures at the appropriate stage of life. Only under such conditions may be the high-quality provision of specialized care for premature children.

Для корреспонденции:

Гашимова Нубар Файзы кызы, доктор философии по медицине, руководитель отдела детской глазной патологии Национального Центра Офтальмологии им. академика Зарифы Алиевой

Касимов Эльмар Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, директор Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой

Султанова Марият Мамедовна, старший лаборант кафедры офтальмологии АзГИУВ им. А.Алиева

Исмаилзаде Сафура Чингиз кызы, врач-офтальмолог отдела детской глазной патологии Национального Центра Офтальмологии имени Зарифы Алиевой

Адрес: AZ1000, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15.

Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37

Email: administrator@eye.az ; www.eye.az