

Чувствительность модели составляет 88%, а специфичность 69%, что позволяет предположить развитие уже имеющейся РН до пороговой стадии у конкретного недоношенного младенца в первый офтальмологический осмотр и совместно с врачом-неонатологом ОРИТН и/или ОПН определить дальнейшую тактику выхаживания младенца, направленную на снижение действия установленных в настоящем исследовании предикторов прогрессирования заболевания. Используемые в данной модели факторы риска были номинальными (наличие/отсутствие признака) или порядковыми (распределение по степени тяжести или стадиям), поэтому выбиралась одна категория признака в качестве референса (сравниваемая категория) и все другие градации сравнивались с ней.

Алгоритм расчета вероятности пороговой РН по данным моделям состоит из 2-х последовательных шагов

1. Расчет промежуточной величины z как суммы произведений коэффициентов и факторов риска.

2. Расчет вероятности исхода заболевания (благоприятного – регресс РН, или же неблагоприятного – прогрессирования до стадий, требующих выполнения ЛКС):

$$P = \exp(z) / (1 + \exp(z))$$

В случае если рассчитанная вероятность больше или равна 0,5, то можно прогнозировать развитие пороговых стадий РН.

На основании построенной модели предложен объединенный алгоритм, учитывающий возможные факторы риска, выявленные в исследовании. Применение данного алгоритма в клинической практике позволит обеспечить необходимые организационные мероприятия для обеспечения адекватных условий выполнения ЛКС в случае нахождения ребенка в многопрофильном медицинском учреждении (II уровень) и повысить таким образом эффективность лазерного лечения.

Сравнительный анализ полученных данных еще раз подтверждает, что уровень/качество неонатальной помощи влияет на течение периода новорожденности глубоко недоношенных пациентов: младенцев группы 2 (обозначенных как более «зрелых» по сравнению с детьми группы 1). Полученные различия объясняют необходимость междисциплинарного подхода к лечебно-диагностической тактике при РН с учетом соматической отягощенности недоношенных новорожденных в медицинских учреждениях различного уровня оказания неонатальной помощи.

Выводы

1. Предложенная прогностическая модель развития пороговой РН характеризуется высокой информативностью и может быть рекомендована к применению в клинической практике медицинских учреждений неонатального профиля.

2. Медицинское учреждение III уровня является оптимальным не только для спасения жизни новорожденного, но и сохранения здоровья, в частности зрительных функций.

3. Установлены новые значимые экзогенные факторы риска (межгоспитальная транспортировка ребенка в медицинское учреждение более высокого уровня, нарушение режима питания грудным молоком) в неонатальном периоде жизни, способствующие неблагоприятному течению начальных стадий РН, воздействие которых испытывает ребенок при выхаживании в медицинском учреждении II уровня).

4. Полученные результаты о влиянии условий выхаживания недоношенных новорожденных на прогрессирование РН до пороговых стадий могут послужить основой для разработки алгоритмов коррекции патологических состояний недоношенных новорожденных с уже имеющейся активной РН в неонатальном периоде, что позволит снизить частоту неблагоприятных исходов заболевания.

Плескова А.В., Катаргина Л.А., Мазанова Е.В., Сорокин А.А.

Клинические особенности и результаты хирургического лечения врожденных помутнений роговицы у младенцев и детей до 3-х лет

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ,
г. Москва

Введение. Врожденные помутнения роговицы (ВНР) – группа аномалий переднего отрезка глаза, встречающаяся в европейской популяции с частотой 3 случая на 100 000 новорожденных. При всей разнородности клинических и морфологических проявлений ВНР ее функциональные нарушения однотипны и существенны – по сути, приводящие к инвалидности по зрению.