

регрессом. У каждого третьего (101-34,7%) ребенка течение РН соответствовало типу 1, из них: у 80 (79,2%) детей РН прогрессировала до пороговой стадии, а 21 (20,8%) пациент имел заднюю агрессивную РН (ЗАРН), что потребовало проведения лазерной коагуляции аваскулярных зон сетчатки (ЛКС). Хотя исследуемая группа детей была достаточно однородной, мы решили сравнить частоту и тяжесть проявления заболевания в зависимости от ГВ и выделили для этого 2 подгруппы: подгруппа 1 – 82 (28,2%) ребенка с ГВ 22-24 недели, подгруппа 2 – 209 (71,8%) детей с ГВ 25-26 недель. Сравнительный анализ показал преобладание РН типа 1 в подгруппе 1 на 16,2% (46,3% и 30,1% соответственно), в том числе злокачественной формы течения – в 3,5 раза, чем у пациентов подгруппы 2 (14,6% и 4,3% соответственно).

Подтверждено, что частота ЛКС у исследуемых детей зависела от ГВ, а её эффективность – от формы течения заболевания, которая определяла сроки и условия оказания данного вида медицинской помощи. Так, при ЗАРН лазерное хирургическое вмешательство осуществляли в среднем при достижении постконцептуального возраста $32,9 \pm 1,0$ нед., что на 3 недели раньше, чем при классической пороговой стадии заболевания, поэтому в 33,3% случаев первый этап ЛКС был вынужденно организован непосредственно в отделении реанимации новорожденных, в условиях пребывания ребенка в кувезе. Регулярный офтальмологический контроль (1 раз в неделю) с использованием ФАГ за послеоперационным течением РН позволил своевременно выявить показания к дополнительному второму этапу лечения, который обычно проводился через 10-14 дней. В итоге общая эффективность ЛКС при РН типа 1 составила 88,1%, при этом она различалась в подгруппах 1 и 2 – 84,2% и 90,5% соответственно.

Таким образом, неблагоприятный исход РН, характеризующийся формированием частичной или тотальной отслойки сетчатки (IV-V стадий) и утратой зрительных функций, диагностирован у 12 (4,1%) пациентов с РН за 3-летний период наблюдения. Для сравнения в Швеции данный показатель составляет лишь 1,2% [7, 8]. В то же время важно отметить, что частота развития терминальных (IV-V) стадий заболевания в настоящем исследовании также зависела от ГВ пациентов и в 2,5 раза чаще диагностирована у детей с ГВ 22-24 недели (6-7,3%), чем у более зрелых на момент рождения младенцев с ГВ 25-26 недель (6-2,9%).

Заключение. Настоящее исследование демонстрирует определенный спектр особенностей клинического течения активной РН

у детей, рожденных на крайних сроках гестации (22-26 недель): высокая частота возникновения заболевания (99,7%); у каждого третьего пациента (34,7%) заболевание развивается по неблагоприятному типу 1, в том числе в 20,8% случаев диагностируется ЗАРН. В то же время соблюдение ряда условий и в первую очередь этапного подхода к лазерному хирургическому лечению, использование высокоинформативной методики ФАГ для оптимизации лечебно-диагностического процесса позволяет достигнуть индуцированного регресса РН у 88% данной сложной категории пациентов.

Таким образом, на современном этапе развития здравоохранения РФ популяцию крайне незрелых младенцев (ГВ менее 27 недель) относительно частоты, тяжести и результатов лечения РН уже следует рассматривать как потенциальный резерв сохранения зрительных функций и снижения уровня детской инвалидности по зрению в целом.

Литература

1. Нероев В.В., Катаргина Л.А., Коголева Л.В. Профилактика слепоты и слабовидения у детей с ретинопатией недоношенных. Вопросы современной педиатрии. 2015; 14(2): 265-270.
2. Приказ МЗ РФ от 25.10.2012 г. № 442н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».
3. Ретинопатия недоношенных. Под ред. В.В. Нероева и Л.А. Катаргиной. М.: Издательство ИКАР; 2020. 222 с.
4. Сайдашева Э.И., Горелик Ю.В., Буяновская С.В., Ковшов Ф.В. Ретинопатия недоношенных: особенности течения и результаты лечения у детей со сроком гестации менее 27 недель. Российская педиатрическая офтальмология. 2015; (2):28–32.
5. Сайдашева Э.И., Любименко В.А., Буяновская С.В., Ковшов Ф.В. Диагностическая ценность флюоресцентной ангиографии в раннем выявлении и прогнозировании развития активной ретинопатии недоношенных у младенцев, рожденных на крайних сроках гестации. Российская педиатрическая офтальмология. 2017; 1:17-22.
6. Федеральные клинические рекомендации (Национальный протокол) «Диагностика, мониторинг и лечение активной фазы ретинопатии недоношенных». Российская педиатрическая офтальмология. 2015; 1: 54-60.
7. Austeng D. Retinopathy of Prematurity in infants born before 27 weeks of gestation (A National Population-based Study in Sweden During 2004-2007). Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala. 2010. 58 p.