

6. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Оценка уровня психологической дезадаптации при соматических заболеваниях на этапе восстановительного лечения. Новые медицинские технологии. Новое медицинское оборудование. 2008; 9:12-18.

7. Овечкин И.Г., Покровская Е.Л. Оптическая коррекция физиологического астигматизма у лиц зрительно-напряженного труда с клинических и офтальмоэргономических позиций. Современная оптометрия. 2016; 8:20-24.

8. Овечкин И.Г., Грищенко И.В., Малышев А.В., Юдин В.Е. Сравнительная оценка параметров объективной аккомодографии, субъективного статуса и уровня психологической дезадаптации у пациентов с различными видами рефракции и астенопическими жалобами. Современная оптометрия. 2017; 4:26-31.

9. Емельянов Г.А. Клинико-функциональные проявления психологической дезадаптации у человека-оператора зрительно-напряженного труда. Военно-медицинский журнал. 2013; 334(9):71-73.

10. Овечкин И.Г., Грищенко И.В. К вопросу о классификационных признаках астенопии. Современная оптометрия. 2017; 5:8-9.

Панченко О.А.

Современный взгляд на проблему ретинопатии недоношенных

ФГБУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Ежегодно в Российской Федерации рождается около 100 тыс. недоношенных детей. По данным выборочных научных исследований, из этих детей около 70% относятся к группе риска по развитию нарушения зрения. Примерно у 25–37% (20–25 тыс. детей) формируется ретинопатия недоношенных (РН), терминальные стадии которой в развивающихся странах являются одной из наиболее частых причин слепоты и инвалидности по зрению [1].

Материал и методы. Для анализа были использованы данные 3 314 пациентов ОПННД ДККБ г. Ставрополя за 2012 и 2017 годы. Предметом нашего исследования были дети с РН, их гестационный возраст.

В отечественной офтальмологии длительное время интерес к проблеме РН находился на минимальном уровне, что было обусловлено редкими случаями диагностики этого заболевания. Так, еще в начале 1990-х гг. в России РН выявляли у 1% недоношенных и 0,04% всех рожденных детей. В то же время, по данным одного из патологоанатомических исследований недоношенных детей и плодов, погибших от гипоксии различного генеза, РН была обнаружена у 33,7% детей, что однозначно можно интерпретировать как отставание в развитии неонатологии в нашей стране [3].

В 1990-е гг. ситуация существенно изменилась, что в значительной степени было связано с переходом здравоохранения Российской Федерации (РФ) на рекомендованные на тот момент экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) критерии живорождения. Так, удельный вес детей с РН среди учащихся специальной школы № 1 г. Москвы возрос с 13,9% в 1994 г. до 50% в 1998 г. Подобная тенденция отмечена и в исследовании Московского психолого-педагогического университета, согласно которому за 20 лет первого периода наблюдений (с 1974 по 1994 г.) число детей с РН составило всего 9%, в то время как за последующее десятилетие (1994–2004 гг.) РН стала самой распространенной причиной осложненной слепоты: 61% наблюдений [4].

В 2008 г. в РФ был утвержден план мероприятий по переходу на современные технологии выхаживания детей с гестационным возрастом от 22 недель, а с 1 января 2012 г. выполнен официальный переход на рекомендованные экспертами ВОЗ критерии, в соответствии с которым должны выхаживаться дети с массой от 500 г и сроком гестации от 22 недель [5].

Частота РН варьирует в различных странах, достигая 24,7 на 100 тыс. живорожденных, и тесно связана с удельным весом выживших недоношенных детей, степенью их соматической отягощенности, незрелости, условиями выхаживания [2]. Так, например, V. Seiberth сообщает, что частота развития РН в зависимости от массы тела при рождении составляет: до 1000 г – 67%, 1000–1200 г – 35%, 1250–1500 г – 19%, 1500–2000 г – 10%, а при весе 2000–2500 г – 1% [6].

Факторы риска развития заболевания

Чем меньше масса тела и гестационный возраст ребенка, тем выше частота РН. У глубоко недоношенных детей с массой тела при рождении менее 750 г риск развития РН превышает 90% [7]. Среди