РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

 Ваш малыш родился недоношенным. С первых минут жизни его наблюдают, оказывают необходимую помощь специалисты – реаниматологи и неонатологи. Перед врачами стоит задача не только спасти жизнь Вашему ребенку, но и попытаться предотвратить тяжелые заболевания, возникающие вследствие незрелости организма. Одной из таких проблем у недоношенных новорожденных является патологическое развитие глаз – ретинопатия недоношенных (РН).

 По статистике РН является основной причиной слепоты и слабовидения у детей раннего возраста. Чем меньше масса тела при рождении и срок гестации (срок внутриутробного развития ребенка), тем выше вероятность развития РН. Так, частота развития РН среди детей с массой тела при рождении менее 1000 г составляет не менее 90 %.

 У всех недоношенных детей имеются признаки незрелости глаз и незавершен процесс формирования сосудов сетчатки. После рождения ребенка сосуды сетчатки могут развиваться двумя путями. В первом случае продолжается нормальный рост сосудов, заканчивающийся формированием нормальных сосудов сетчатки. Во втором случае наблюдается патологическое развитие сосудов сетчатки – развивается РН.

 Врач офтальмолог с помощью современных методик выявляет все изменения созревающей сетчатки у недоношенного ребенка.

 Первый осмотр недоношенного ребенка офтальмолог проводит начиная с 32 недели развития. Как правило, при этом выявляются признаки незрелости глаз. Признаки РН могут быть выявлены уже на первом осмотре, однако чаще заболевание развивается на более поздних сроках (на 34 – 36 неделе зрелости ребенка). Чтобы высчитать степень зрелости ребенка суммируйте его возраст и срок, при котором он родился.

 Как правило, сетчатка недоношенного ребенка созревает к 40 - 42 неделям его полной зрелости. В общей сложности РН развивается у 10 – 26 % недоношенных детей. Чем раньше проявляются признаки поражения сетчатки, тем хуже прогноз развития заболевания и выше вероятность развития тяжелых форм ретинопатии. РН проходит 5 последовательных стадий. На 1 – 2 стадиях процесс обычно обратим и заканчивается нормальным формированием сосудов сетчатки. Однако в ряде случаев заболевание прогрессирует до 3, реже 4-5 стадий.

 В лечении активной фазы РН в современной практике широко используется ретинопротекторы, в частности препарат ретиналамин, способствующий образованию полноценных сосудов сетчатки.

 Несмотря на проводимое лечение, заболевание может прогрессировать до пороговой стадии (обычно до 3 степени), которая характеризуется избыточным образованием сосудов и прорастанием их непосредственно внутрь глаза, формированием соединительной ткани за хрусталиком, которое вызывает натяжение и отслойку сетчатки и в результате развивается полная потеря зрения.

 В ряде случаев, чаще у глубоко недоношенных детей с критической массой тела при рождении (менее 1000 грамм), заболевание протекает особенно тяжело – по типу задней агрессивной РН. При данной форме РН формирование сосудов сетчатки полностью останавливается и результаты лечения резко снижаются.

 В пороговую стадию проводят оперативное лечение – лазерокоагуляцию сетчатки. Цель операции состоит в попытке остановить дальнейшее прогрессирование заболевания и предотвратить отслойку сетчатки. Операция проводится под наркозом. Эффективность лазерного лечения достигает 80 %. Результаты операции, прежде всего, зависят от тяжести РН, своевременности ее проведения и наличия у ребенка тяжелой сопутствующей соматической патологии (кровоизлияния в головной мозг, бронхолегочная дисплазия и другие). При благоприятном исходе операции лазерокоагуляции, происходит обратное развитие патологических изменений и восстановление роста сосудов сетчатки. При неблагоприятном течении, не смотря на лечение, происходит отслойка сетчатки. Детям, у которых произошла отслойка сетчатки, по завершению активности процесса, проводят микрохирургические операции глаза – витреоретинальные вмешательства. Дети, перенесшие лазерокоагуляцию сетчатки и/или витреоретинальные вмешательства, наблюдаются у офтальмолога пожизненно.