

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М. А. Дмитриева

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Реферат

На тему: «Ретинопатия недоношенных»

Выполнила: клинический ординатор Норбоева А.Ж.

Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск

2020 г.

Ретинопатия недоношенных (основные сведения, классификация)

Ретинопатия недоношенных (РН) – заболевание глаз, возникающее у недоношенных детей. В настоящее время РН продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем современной офтальмологии. Коварство заболевания заключается в том, что первые 3–4 недели состояние глаз не вызывает тревоги, а затем может развиваться трагедия, приводящая к слепоте. Поэтому неонатолог, врач-реаниматолог должны ставить в известность мать ребенка о необходимости осмотра офтальмологом для профилактики такого тяжелого заболевания, как ретинопатия недоношенных.

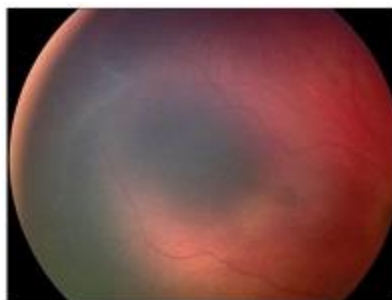


Рис. 1. Глазное дно при I стадии ретинопатии недоношенных

Рис. 1. Глазное дно при I стадии ретинопатии недоношенных

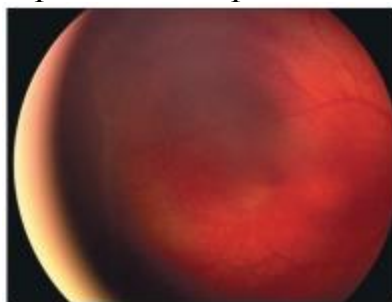


Рис. 2. Глазное дно при II стадии ретинопатии недоношенных

Рис. 2. Глазное дно при II стадии ретинопатии недоношенных

К моменту рождения в глазу недоношенного ребенка не заканчивается ангиогенез сосудов сетчатки. В большинстве случаев (около 70%) развитие этих сосудов идет нормальным путем, как у доношенных детей. Но у каждого третьего ребенка нарушается нормальный ангиогенез глаза, провоцируется сосудистая и фиброзная пролиферация, что приводит к образованию мощных внутриглазных мембран, спаек, провоцирующих развитие отслойки сетчатки.

Мощность пролиферативного процесса при РН, быстрота и необратимость его развития нередко подвергает детских офтальмохирургов в уныние и пессимизм.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме РН, это заболевание остается «белым листом» офтальмологии, так как недостаточно известна этиология процесса, патогенез. Методы лечения РН

не удовлетворяют требованиям клинической практики.

Впору назвать РН трагедией нашего времени. Быстрый переход одной стадии РН в другую, тяжелое общее состояние, большое количество сопутствующих заболеваний глубоко недоношенных детей, затрудняющих своевременное проведение крио- или лазеркоагуляции, часто приводят к потере времени и развитию IV–V стадии процесса. РН уверенно выходит на 1е место инвалидности по зрению.

Ретинопатия недоношенных впервые была описана в 1942 г. Т. Terry и была названа «ретролентальной фиброплазией». В 1951 г. Parker Heath предложил термин «ретинопатия недоношенных», а в 2000 г. Сидоренко Е.И. предложил термин «офтальмопатия недоношенных». Основанием для этого послужили данные, показывающие, что при тяжелых формах РН отмечалось поражение практически всех структур глаза: микрофтальм, помутнения роговицы, мелкая передняя камера, изменение радужки, заращение зрачка, поражения хрусталика. У более половины исследуемых детей отмечались аномалии рефракции; вторичная глаукома; характерная патология глазного дна: дистрофические изменения сетчатки (периферические складки, разрывы сетчатки, перераспределение, отложение пигмента на сетчатке), изменение количества сосудов в сторону либо уменьшения, либо увеличения, их извитость, телеангиоэктазии. Наблюдалось нарушение деления сосудов; преретинальные и перивазальные изменения мембраны в стекловидном теле, косоглазие.

Особенности глаза недоношенного ребенка

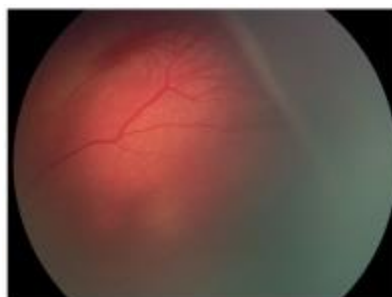


Рис. 3. Глазное дно при III стадии ретинопатии недоношенных

Рис. 3. Глазное дно при III стадии ретинопатии недоношенных

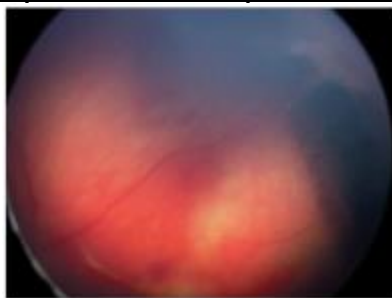


Рис. 4. Глазное дно при IVa стадии ретинопатии недоношенных

Рис. 4. Глазное дно при IVa стадии ретинопатии недоношенных

К моменту рождения недоношенного ребенка в глазу не завершено развитие сосудов сетчатки. В норме в носовых квадрантах глазного дна васкуляризация сетчатки завершается к 36-й неделе гестационного возраста, в темпоральных (височных) квадрантах – к 40-й. В группу риска развития ретинопатии недоношенных входят дети, рожденные до 35 недели гестационного возраста с массой тела на момент рождения до 2000 грамм. Частота развития РН в группе риска достигает 30-35%. Развитие и прогрессирование РН сопровождается выраженными вазопролиферативными изменениями. Глаз недоношенного ребенка имеет много особенностей, которые должен знать офтальмолог: опалесценция роговицы, персистенция эмбриональной капсулы хрусталика, ригидность зрачка при применении мидриатиков, замедленная реакция его на свет, персистенция гиалоидной артерии. Диск зрительного нерва в норме – серый, фон серо-желтый; сосуды сетчатки в большинстве случаев узкие; периферическая аваскулярная зона имеется у всех недоношенных, ширина ее – различная в зависимости от гестационного возраста ребенка.

Клиническая классификация ретинопатии недоношенных

Согласно классификации РН подразделяется по стадиям процесса, его локализации, тяжести и активности процесса.

Классификация РН

- Стадии процесса (пять стадий)
- Локализация процесса (три зоны)
- Тяжесть течения
- Активность процесса

Стадии

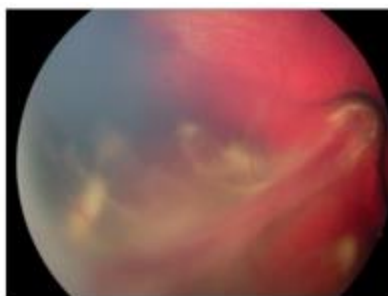


Рис. 5. Глазное дно при IVb стадии ретинопатии недоношенных

Рис. 5. Глазное дно при IVb стадии ретинопатии недоношенных

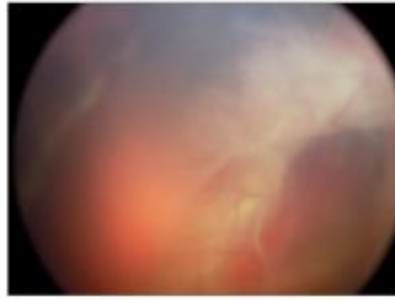


Рис. 6. Глазное дно при V стадии ретинопатии недоношенных

Рис. 6. Глазное дно при V стадии ретинопатии недоношенных

I стадия – демаркационная линия На границе аваскулярной и васкуляризированной сетчатки определяется тонкая, плоская, белого цвета демаркационная линия(рис. 1).

II стадия – вал проминенции сетчатки Демаркационная линия становится выше, шире, увеличивается в объеме и приподнимается(рис. 2).

III стадия – вал экстраретинальной пролиферации Образование экстраретинальной пролиферации в области вала (рис. 3).

IV стадия – субтотальная отслойка сетчатки Она может быть вызвана экссудацией; тракцией; обоими факторами.

Подразделяется:

IVa стадия– экстрафовеальная отслойка сетчатки (рис. 4).

IVb стадия – отслойка сетчатки включает макулярную зону (рис. 5).

V стадия – тотальная отслойка сетчатки (рис. 6, 7).

Отслойка всегда имеет воронкообразную конфигурацию.

Её подразделяют на открытую и закрытую воронку отдельно для передней и задней части сетчатки.

Локализация патологического процесса при ретинопатии недоношенных

По локализации патологического процесса в сетчатке выделяют три условные зоны, расположенные концентрично вокруг диска зрительного нерва.

Зона 1: внутренняя зона (задний полюс) – условный круг (30 градусов),

радиус которого равен удвоенному расстоянию от диска зрительного нерва до фовеолы.

Зона 2: средняя зона – кольцо (с радиусом 60 градусов), расположенное снаружи от первой зоны до назальной части зубчатой линии и проходящее через темпоральную часть в экваториальной области.

Зона 3: периферическая зона – остальная часть сетчатки кпереди от второй зоны.

1. «Преплюс-болезнь» – вероятность прогрессирования РН, незначительное расширение и извитость центральных сосудов сетчатки в одном-двух квадрантах глазного дна.

2. «Плюс-болезнь» – расширение и извитость центральных сосудов в двух и более квадрантах глазного дна, тенденция к прогрессирующему течению процесса, изменения переднего отрезка глаза (рис. 8).

3. Задняя агрессивная ретинопатия недоношенных – локализация процесса в 1-й или задней части 2-й зоны глазного дна, выраженное расширение и извитость центральных и периферических сосудов сетчатки, экссудация, кровоизлияния (рис. 9).

Активность процесса ретинопатии недоношенных

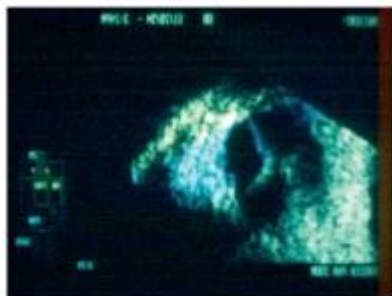


Рис. 7. Ультразвуковая картина воронкообразной отслойки сетчатки

Рис. 7. Ультразвуковая картина воронкообразной отслойки сетчатки



Рис. 8. Глазное дно ребенка с ретинопатией недоношенных, «плюс-болезнью»

Рис. 8. Глазное дно ребенка с ретинопатией недоношенных, «плюс-болезнью»

Активный период РН длится в среднем 3-6 мес. и завершается периодом регресса (рубцовый период).

Критерии риска развития тяжелых форм ретинопатии недоношенных: «плюс-болезни», задней агрессивной РН (определяются в первые недели жизни):

- сильная опалесценция роговицы,
- выраженная и длительно персистирующая эмбриональная капсула хрусталика,
- серо-желтый фон глазного дна,
- резкое сужение артерий в центре глазного дна сужение сосудов на периферии глазного дна,
- повышенная извитость сосудов на периферии глазного дна,
- широкая аваскулярная зона.

Признаки развивающейся тяжелой формы РН:

- ригидность зрачка (при закапывании 0,1% раствора атропина зрачок расширяется до 3-4 мм);
- расширение сосудов радужки;
- расширение вен в центре глазного дна (в 3–5 раз больше нормы), извитость артерий в центре глазного дна;
- расширение и резкая извитость сосудов на границе с аваскулярной зоной;
- экссудативно-пролиферативные изменения, как на месте периферического вала, так и в других отделах глазного дна; неоваскуляризация радужки;
- экссудация в стекловидном теле, отек сетчатки, образование свежих кровоизлияний на глазном дне;
- неоваскуляризации;

- экссудативно-пролиферативный тяж, идущий от диска зрительного нерва;
- отсутствие для «обычной» формы течения РН признаков: начала заболевания с появлением демаркационной линии, а затем периферического вала.