

ИНФОРМАЦИЯ

© МАЗАНОВА Е.В., 2016

УДК 618.33+616-053.31:061.3(470+571)»2015»

X ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ «СОВРЕМЕННАЯ ПЕРИНАТОЛОГИЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ТЕХНОЛОГИИ, КАЧЕСТВО»

Москва, 28–29 сентября 2015 года

X ANNUAL CONGRESS OF RUSSIAN ASSOCIATION OF SPECIALISTS IN PERINATAL MEDICINE “MODERN PERINATOLOGY: ORGANIZATION, TECHNOLOGIES, QUALITY”

Moscow, 28–29 September 2015

Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов, Федерация педиатров стран СНГ, Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине, Московское общество акушеров-гинекологов, Российская ассоциация медицинских сестер провели в Москве 28–29 сентября 2015 года X ежегодный Конгресс Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины “Современная перинатология: организация, технологии, качество”. Тематика этого научного события традиционно включает наиболее актуальные вопросы современной неонатологии, педиатрии, акушерства и других смежных специальностей. Учитывая возросший интерес педиатров и неонатологов к проблемам детской офтальмологии, в рамках работы X конгресса состоялся симпозиум “Перинатальная офтальмология”, в работе которого приняли участие ведущие детские офтальмологи Москвы и Санкт-Петербурга. Присутствующие заслушали 6 докладов, касающихся различных аспектов диагностики и лечения основной офтальмопатологии детского возраста, а также проблем организации офтальмологической помощи недоношенным детям.

Активное участие в организации и проведении данного мероприятия приняли детские офтальмологи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им Гельмгольца» Минздрава России. В данном сообщении мы представляем тезисы докладов сотрудников отдела патологии глаз у детей института.

Е.Н. Демченко, Т.Н. Эверстова «Преимущества и трудности офтальмологической помощи недоношенным детям в условиях перинатального центра города Москвы». (Докладчик Демченко Елена Николаевна).

Целью исследования явился анализ частоты, клинических форм и результатов лечения активной ретинопатии недоношенных (РН) у детей с отягощенным соматическим статусом. Группу исследования составили 59 недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела, длительно находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ДГКБ№13 г.Москвы им. Н.Ф. Филатова. Набор материала осуществлялся с сентября 2012 по август 2014 гг. Гестационный возраст при рождении у 13,6% детей составлял 23–25 недель, у 39,0% – 26–27 недель, у 47,4% – 28–31 неделю. У половины детей (49,2%) при рождении была экстремально низкая масса тела (ЭНМТ), у 30,5% – 1000–1199 г, у 22,0% – 1200–1500 г. Все дети с рождения находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) дольше 30 дней. Причем почти в половине случаев (44,0%) длительность ИВЛ составляла 1,5–3 месяца и в 20,3% случаев дети находилась на ИВЛ дольше 3 месяцев. Инфекционная отягощенность наблюдалась у всех детей. Генерализованная форма множественными очагами инфекции наблюдалась в 30,5% случаев, сепсис – в 18,6%, некротический энтероколит различных степеней – в 39,0% случаев. Внутрижелудочковые кровоизлияния были выявлены у 78,0% пациентов, из них 3-й и 4-й степени – в 37,0% случаев. Гемодинамически значимый открытый артериальный проток – в 30,5% случаев, из них 2/3 детей было проведено клипирование. Всем пациентам проводили

неоднократные гемотрансфузии эритроцитарной массы. Детей осматривали при помощи налобного офтальмоскопа в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике, мониторингу и лечению активной фазы ретинопатии недоношенных. При обнаружении начальных проявлений РН назначали гистохром внутримышечно ежедневно с информированного согласия родителей.

Результаты исследования показали, что на фоне сочетания многих факторов риска РН развилась у большинства детей. Так, у детей с ЭНМТ частота РН составила 93,1%, у детей с массой тела при рождении 1000–1199 г – 88,9% и у детей, родившихся с весом 1200–1500 г, – 84,6%. Частота форм ретинопатии, потребовавших проведения лазеркоагуляции сетчатки, составляла 51,9% при ЭНМТ, 37,5% у детей с массой тела при рождении 1000–1199 г и 10,6% у детей с массой тела при рождении от 1200–1500 г. На момент манифестации пороговой стадии больше, чем в половине случаев, локализация процесса была центральной: в 19% – в 1-й зоне и в 33% случаев – в задней части 2-й зоны. Частота задней агрессивной ретинопатии (ЗАР) при ЭНМТ составила 13,8%, при массе тела при рождении 1000–1199 г – 18,7%, при массе тела при рождении от 1200–1500 г – 10,6%.

Сливную лазеркоагуляцию проводили при помощи инфракрасного диодного лазера через налобный бинокулярный офтальмоскоп. Лазеркоагуляция сетчатки даже при ЗАР проводили на щадящих параметрах лазерного излучения с экспозицией 100 мс и мощностью до 220 мВт, что было обусловлено, на наш взгляд, уменьшением отека сетчатки и экссудации в стекловидное тело на фоне терапии гистохромом. Количество коагулятов варьировало от 1500 до 4500. Прогрессирование заболевания было остановлено в результате однократной лазеркоагуляции сетчатки в 76% случаев, в 23% потребовалось проведение дополнительной лазеркоагуляции спустя 3–7 недель после первого вмешательства.

Во время лазеркоагуляции дети находились под тотальной внутривенной анестезией на ИВЛ, что было обусловлено их соматической тяжестью. 85% наших пациентов еще не были экстубированы на момент проведения лазеркоагуляции. В результате проведенного лечения в подавляющем большинстве случаев получены благополучные исходы: в 95% – 2-я степень регрессивной РН, в 2% – 3-я степень и в 2% – 4б степень.

Л.А. Катаргина, Т.Б. Круглова, Н.С. Егиян
“Реабилитация детей после экстракции врожденных катаракт” (Докладчик Егиян Наира Семеновна).

Концепция реабилитации детей после экстракции врожденных катаракт (ВК) у детей сформирована на основе многолетнего опыта хирургии врожденных катаракт в отделе патологии глаз у детей.

За последние годы в хирургическом лечении ВК произошли большие перемены. Изменилась техника операции и показания к ней. Применение современной микрохирургической техники атравматичных методов экстракции катаракты привело к снижению частоты типичных для экстракции катаракты осложнений, а появление заднекамерных эластичных интраокулярных линз, протекторов эндотелия, разработка техники непрерывного кругового капсулорексиса позволили хирургии ВК получить новые качественные возможности и шире использовать метод интраокулярной коррекции у детей даже раннего возраста.

Лечение ВК у детей представляет собой комплексную проблему, решение которой определяется своевременностью и качеством проведения следующих этапов: раннее выявление ВК с проведением профилактического лечения амблиопии до операции; проведение современного микрохирургического вмешательства с дифференцированным для каждой клинической формы ВК возрастом ребенка, в котором проводится операция, видом коррекции афакии; диспансерное наблюдение после операции, включающее комплекс мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для развития зрения; плеопто-ортоптическое лечение, устранение косоглазия и нистагма. Своевременное высококвалифицированное и восстановительное лечение с использованием современных технологий позволяет существенно улучшить результаты лечения детей с ВК.

Однако родители должны знать о необходимости дальнейшего лечения после удаления ВК, что операция – это только первый шаг на пути к хорошему зрению и после хирургического вмешательства необходимо, прежде всего, проводить профилактику и лечение амблиопии, которое занимает не один год, и длится в большинстве случаев до 14–16-летнего возраста ребенка, являясь наиболее эффективным в возрасте до 3 лет.

А.О. Тарасенков, Е.В. Мазанова «Симптом «большого глаза» у детей» (Докладчик Тарасенков Андрей Олегович).

Большой глаз может быть у новорожденного ребенка как и в норме, так и при патологии. В норме чаще можно заметить передний макрофтальм или мегалокорнеа. При патологии макрофтальм может быть признаком ряда заболеваний: первичной и вторичной глаукомы, миопии, мукополисахаридоза. Существуют возрастные нормы размера глаза определяемые методом эхобиометрии.

Отклонение от этих параметров может быть симптомом переднего макрофтальма (мегалокорнеа). При данном состоянии размер роговицы превышает 10–12 мм. Аномалия чаще двусторонняя, не прогрессирующая, часто носит семейный характер, тип наследования – рецессивный, сцепленный с полом, предполагается наличие двух подтипов: один наследуется по аутосомному пути, другой связан с X-хромосомой (область Xq21.3–q22).

Последний подтип встречается чаще – в 90% случаев у лиц мужского пола.

Увеличенный глаз может быть признаком врожденной миопии и проявлением обменного заболевания – мукополисахаридоза.

Данные аномалии следует дифференцировать с глаукомой врожденной или вторичной, для которых характерна своя определенная клиническая картина. При врожденной глаукоме это – повышение внутриглазного давления выше толерантного, растяжение оболочек и увеличение размеров глазного яблока, увеличение диаметра роговицы, образование на эндотелии и десцеметовой мембране разрывов и трещин, отек стромы, возникновение «роговичного синдрома» (светобоязнь, слезотечение), увеличение лимба, углубление передней камеры глаза, мидриаз, экскавация диска зрительного нерва. При глаукоме вторичной постувальной чаще имеются в анамнезе воспалительные заболевания глаз (увеит, кератит), а также поствоспалительные изменения переднего и заднего отрезков глаза (помутнения роговицы с дистрофическими изменениями, синехии, иридо-корнеальные сращения, помутнения стекловидного тела, хориоретинит и др.). Для посттравматической глаукомы характерны наличие травмы глаза в анамнезе, рубцовые изменения структур глаза, в том числе роговицы и лимба, гифема, гемофтальм. Для вторичной глаукомы при ретинобластоме характерно растяжение глаза в более поздние сроки, чем при гидрофтальме (через несколько месяцев или год после рождения), наличие мелкой передней камеры, и наличие опухоли структур заднего отрезка глаза при офтальмоскопии. Для правильной постановки диагноза рекомендовано комплексное обследование, включающее тонометрию, тонографию, ориентировочную визометрию, кераторефрактометрию, биомикроскопию, гониоскопию, офтальмоскопию, кератометрию, эхобиометрию, эхографию, электрофизиологическое обследование. Высокоинформативные методы визуализации должны включать ультразвуковую биомикроскопию, оптическую когерентную томографию, цифровую ретинальную широкоугольную педиатрическую биомикроскопию (RetCamII), Гейдельбергскую ретинальную томографию. Основной вид лечения детской глаукомы – это хирургическое лечение. Возможные варианты операций: 1) трабекулэктомия (или синустрабекулэктомия): а) классическая по Cains, б) операции с использованием дренажей, низкочастотного ультразвука; 2) трабекулотомия; 3) комбинированные операции; 4) лазерные операции; 5) циклодеструктивные операции. Приоритетными направлениями медикаментозной терапии при глаукоме являются: гипотензивная, профилактика послеоперационного рубцевания, нейротрофическая терапия, общеукрепляющая терапия.

Тактика педиатра при выявлении макрофтальма заключается в немедленном направлении родителей с ребенком в специализированное офтальмологическое учреждение для детального осмотра, в котором технические средства должны позволять провести обследование в состоянии медикаментозного сна с проведением базовых исследований: биомикроскопии, офтальмоскопии, рефрактометрии, тонометрии, эхобиометрии, эхографии. В зависимости от выявленной патологии должен быть осуществлен план дальнейшего наблюдения или лечения ребенка.

Н.Н. Арестова «Современная тактика лечения дакриоцистита новорожденного» (Докладчик Арестова Наталия Николаевна).

Дакриоцистит новорожденных (ДН) встречается у 2–4% новорожденных (Черкунов Б.Ф., 2001; Бржеский В.В. и др., 2005; Тейлор Д., 2002), до 19% у недоношенных (Арестова Н.Н.; 2012), причем у 12–26% из них рецидивирует (Абубакирова А.Ж., 2005; Арестова Н.Н., 2009; Peloquin L., 1998).

На основании опыта лечения более 3000 детей раннего возраста с ДН нами разработана следующая тактика лечения. До 1-месячного возраста ребенку рекомендуется массаж слезного мешка – нисходящий, толчкообразный, 5–6 раз в день перед кормлением (как попытка восстановления проходимости слезоотводящих путей) с инстилляцией глазных капель витабакт (пиклоксидин) 3 раза в день не более 7–10 дней (для достижения элиминации большинства возбудителей). Очень важно обучить родителей правильной технике массажа слезного мешка (теория, демонстрация, отработка методики родителями на себе и ребенке).

При неэффективности консервативного лечения следует направлять ребенка, достигшего возраста 1 месяц, на зондирование слезоотводящих путей, которое должны выполнить специально обученные детские офтальмологи. Раннее обращение и качественное зондирование слезоотводящих путей – гарантия полного излечения ДН. Оптимальный возраст ребенка для эффективного зондирования слезных путей – 1–3 месяца. Ежегодно в амбулаторной операционной проводится 300–400 зондирований слезоотводящих путей детям раннего возраста под местной анестезией. Эффективность лечения зависит от своевременности лечения: у детей первого года жизни – 96,6%, из них у детей в возрасте 1–3 месяца – 99,4%, 4–6 месяцев – 90,9%, 7–12 месяцев – 71,4%, старше 1 года – 67,3–74%.

Поскольку у 45% детей с врожденной патологией слезоотведения имеется воспаление и другая патология носа, необходима эндоскопия полости носа и неформальная консультация ЛОР врача. Риногенный фактор – частая причина слезотечения, инкурабельного для офтальмолога.

При обращении ребенка с ДН в возрасте 3–6 месяцев и при рецидивах ДН до 6 месяцев рекомендованы повторные курсы (3–5) промываний слезных путей (антибиотики с кортикостероидами, ферменты).

Этиологический спектр возбудителей ДН за последние десятилетия изменился (Воронцова Т.Н., Бржеский В.В., 2012; Осокина Ю.Ю., 2006; Галеева Г.З., 2013). В колонизации новорожденных детей выявлено доминирование условно-патогенных микроорганизмов (Катосова Л.К., 2007; Кузнецова М.В., 2011; Николаева И.В., 2012; Филиппова И.Е., 2006). Основные возбудители ДН (Галеева Г.З., 2013): стафилококки (*Staphylococcus epidermalis*, *Staphylococcus aureus*), стрептококки, пневмококки (*Streptococcus pneumoniae* и др.), грамотрицательные бактерии (*Haemophilus conjunctivitis*, *Pseudomonas aeruginosa*). Более чем у 95% детей с ДН выявлены стафилококки, чувствительные к аминогликозидам (гентамицин 0,3%, тобрекс 0,3%) (Арестова Н.Н., 2007), а в последние годы – к левофлоксацину (офтаквикс) – 94,2% (Бржеский В.В., 2011).

Современным препаратом выбора для инстилляций и промываний слезоотводящих путей при

ДН является пиклоксидин гидрохлорид (витабакт), при неэффективности его в течение недели, а также при гнойном и флегмонозном ДН – левофлоксацин (офтаквикс) или азитромицин (азидроп) (Арестова Н.Н., 2012; Галеева Г.З.; 2013). При неэффективности этих средств необходимо микробиологическое исследование чувствительности к антибиотикам.

Детям в возрасте старше 6 месяцев показаны нисходящее или ретроградное зондирование и/или лечебное бужирование слезно-носового протока через верхний слезный канал; старше 2–6 лет – бужирование и/или интубация слезных путей силиконовой нитью по Ритленгу; старше 5–6 лет – дакриоцисториностомия; старше 15 лет – лакопротезирование, стентирование.

Раннее выявление ДН – гарантия предупреждения хронизации дакриоцистита, рецидива воспаления, инкурабельной функциональной несостоятельности слезных путей. Недопустимо лечение так называемого «гнойного конъюнктивита новорожденного» более 1 недели (вероятно имеется ДН).

Информационное сообщение составлено
канд. мед. наук *Мазановой Е.В.*