

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

А. Б. Степаняни, А. С. Богданова

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Областной перинатальный центр ГБУЗ СО
«ОДКБ № 1», г. Екатеринбург*

Актуальность. Изменения со стороны органа зрения во время беременности представляют интерес как для офтальмологов, так и для врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, неврологов, курирующих беременных женщин. Эти данные помогают в постановке диагноза: уточняют степень прогрессирования гестоза, сахарного диабета, гипертонической болезни, анемии; в ряде случаев выявленные офтальмологические заболевания изменяют тактику ведения родов (Л. К. Дембский, О. В. Ширшова, 2003).

Родоразрешение беременных с миопией средней и высокой степени через естественные родовые пути сопряжено с угрозой возникновения отслойки сетчатки. Считается, что причиной возможной отслойки сетчатки являются повышенные нагрузки, связанные со значительными изменениями центральной гемодинамики (ЦГД) и объемной скорости мозгового кровотока во время родов (К. Н. Ахвелидиани, 2001; А. Г. Травкин; 2003, Е. Е. Краснощекова, 2009). В связи с этим рекомендуется выключение потуг путем абдоминального родоразрешения беременных с миопией («Кесарево сечение в акушерстве», методические рекомендации МЗ СССР, 1986), частота которого в РФ достигает 21,8 % (Г. М. Савельева, 2008). По мнению американских и английских специалистов, не существует убедительных доказательств в пользу связи между родами и патологией глаза даже у больных, имеющих факторы риска отслойки сетчатки (цит. по А. Г. Травкину, 2003). После кесарева сечения наблюдаются гнойно-септические осложнения – в 13–54 % случаев, а у женщин с высоким инфекционным риском – до 80,4 % (В. И. Краснопольский, 2006), увеличивается срок пребывания пациентки в стационаре. В связи с этим возможность отмены кесарева сечения при миопии, частота которой достигает 21–30 % в популяции (Г. М. Савельева, 2008), приобретает все большую медицинскую, социальную и экономическую значимость. В Свердловской области отсутствуют данные о беременных с патологией зрения, что и обуславливает актуальность проблемы.

Цель работы – обобщить клинический материал Областного перинатального центра ОДКБ № 1 за 10 месяцев 2012 года.

Материал и методы. Всего проконсультировано 3927 беременных женщин на разных сроках гестации (4–40 недель): пациентки двух отделений патологии беременных, консультативно-диагностического отделения и отделения интенсивной терапии Областного перинатального центра ОДКБ № 1 в возрасте от 15 до 47 лет. Из соматической патологии у беременных чаще встречались гипертоническая болезнь, гестоз I–III степени тяжести, отеки беременных, анемия 1–3 степени, тромбоцитопения, гестационный сахарный диабет, нефропатия, реже – рассеянный склероз, эпилепсия, онкологические заболевания. Диагностика патологии органа зрения беременных женщин осуществлялась с помощью следующих методов: визометрии, авторефрактометрии, биомикроскопии, бинокулярной офтальмоскопии в условиях медикаментозного мидриаза.

Результаты и обсуждение. Преобладали аномалии рефракции: миопия – 1454 случая (37 %), из них близорукость I степени – 781 случай (53,7 %), II – 323 (22,2 %), III – 350 (24,1 %). У 31 женщины отмечалось снижение остроты зрения во время настоящей беременности (до беременности не наблюдалось), как правило, эти изменения носили временный, проходящий характер. При этом острота зрения с 1,0 в ранние сроки или до беременности снижалась до 0,6–0,8 в конце беременности. Рефракция чаще всего усиливалась и находилась в пределах до 1,5D (диоптрий). Указанные изменения были обнаружены на фоне ВСД по гипотоническому, гипертоническому или кардиальному типу (6 случаев), анемии (2 случая), отеков беременных (2 случая), преэклампсии без выраженного ангиоспазма на глазном дне (9 случаев), гипертонической болезни (1 случай) и угрозы прерывания беременности (11 случаев). В послеродовом периоде у 17 женщин острота зрения вернулась к исходному уровню, у остальных осталась без изменений (на момент выписки).

Выявлены 139 (3,5 % от общего количества осмотренных) беременных женщин с дистрофическими изменениями на глазном дне (периферическая витреохориоретинальная дегенерация – ПВХРД). Из них большинство, 88 (63,3 %) женщин с миопией III степени, 24 (17,2 %) – с миопией II степени, 17 (12,2 %) – I степени (миопического астигматизма), 10 случаев (7,3 %) – на фоне эметропии.

Оперированная отслойка сетчатки в анамнезе у 16 человек (0,4 % от общего количества осмотренных беременных женщин). Из них 2 случая

прооперированной отслойки сетчатки во время настоящей беременности на фоне миопии II–III степени; 6 случаев отслойки сетчатки, оперированной более 3 лет назад на фоне миопии II–III степени; 7 случаев посттравматической отслойки сетчатки, оперированной более 4 лет назад; 1 случай – старой посттравматической отслойки сетчатки на одном глазу (фиброз стекловидного тела).

Отграничительная лазеркоагуляция сетчатки (ЛКС) сделана у 60 человек (43 % от общего количества беременных с ПВХРД), в 27 случаях – до беременности, в основном перед ЛАСИК (лазерный кератомилез), во время беременности ЛКС рекомендована 33 пациенткам. Из 139 случаев – 78 женщинам рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути, у 61 был исключен потужной период по офтальмологическим показаниям, т. е. родоразрешение путем кесарева сечения или с помощью операции вакуум-экстракции плода (1,5 % от общего количества осмотренных женщин), методику выбирает акушер-гинеколог.

Выводы. Наличие миопии высокой (III) степени без изменений на глазном дне не является показанием для исключения потужного периода родов. Необходимо наличие прогрессирующей миопии либо миопии осложненной, с изменениями на глазном дне, представляющими угрозу в плане отслойки сетчатки в родах.

В настоящее время в Свердловской области нет доказательной базы для прогнозирования отслойки сетчатки у беременных во время родов, в том числе и после лазеркоагуляции сетчатки.

Нет единого взгляда, методических рекомендаций на выбор метода родоразрешения у беременных женщин с осложненной миопией, ПВХРД, сроков выполнения профилактической лазеркоагуляции во время беременности.

Разноречивы, не систематизированы данные о взаимообусловленности состояния глазного дна при близорукости и гестозе в зависимости от тяжести этих заболеваний.

Не существует алгоритма, позволяющего обосновать выбор оптимального метода родоразрешения и обезболивания родов у женщин с миопией.

Наблюдение за женщинами, у которых были изменения остроты зрения во время беременности, после родов продолжается и является предметом дальнейших изысканий.