



ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИЕЙ И РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ

УДК 617.7
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.01.07

© Е. Е. Краснощекова¹, Э. В. Бойко², Ф. Е. Шадричев¹

¹ Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр

² ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ

✧ Регматогенная отслойка сетчатки, несмотря на появление в последнее время новых высокотехнологичных методов ее лечения, остается одним из наиболее тяжелых заболеваний в офтальмологической практике, часто приводящих к инвалидизации пациента. Неслучайно ранее оперированную или возникшую в процессе беременности отслойку сетчатки многие исследователи до сих пор считают абсолютным показанием к родоразрешению с выключением потуг (кесарево сечение) во втором периоде родов, что связано, по их мнению, с высоким риском рецидива или прогрессирования заболевания и, как следствие, снижения зрения. При этом опасность возникновения дистрофической отслойки сетчатки в родах продолжают связывать с наличием у беременной миопической рефракции высокой степени. С появлением новых методов исследования пересматриваются взгляды на этиологию и патогенез отслойки сетчатки, и, что очень важно, повышается оценка степени риска родоразрешения с выключением потуг во втором периоде родов как для матери, так и для новорожденного. Проблема выбора оптимального соотношения между риском потери зрения при обычных родах и возможными интра- и послеоперационными осложнениями собственно кесарева сечения остается до настоящего времени крайне актуальной.

✧ **Ключевые слова:** миопия; периферическая витреохориоретинальная дистрофия; регматогенная отслойка сетчатки; беременность; родоразрешение; кесарево сечение; лазерная коагуляция сетчатки.

По установившейся практике решение о выборе метода родоразрешения беременной принимает врач акушер-гинеколог. Однако для вынесения окончательного заключения о тактике ведения в родах учитывают не только наличие или отсутствие генитальной патологии и состояние акушерского статуса женщины. Большое внимание уделяют экстрагенитальной патологии, поэтому обязательным условием диспансерного наблюдения всех беременных является осмотр ЛОР-врача, стоматолога, офтальмолога, а, при необходимости, и других специалистов.

В основные задачи, стоящие перед офтальмологом при консультативном осмотре беременной, входят оценка по состоянию глазного дна проявлений позднего гестоза и диагностика первичной патологии органа зрения, в особенности той, которая может иметь неблагоприятный прогноз в плане снижения зрения (вплоть до потери) при самостоятельном родоразрешении.

Гипертоническая нейроретинопатия, наличие ретинальных кровоизлияний, экссудативная отслойка сетчатки, отек диска зрительного не-

рва — эти осложнения со стороны органа зрения выявленные офтальмологом помогают акушеру адекватно оценить тяжесть общего состояния беременной и принять решение о тактике ее ведения — необходимости в госпитализации, проведении медикаментозной терапии, преждевременного прерывания беременности, возможности самостоятельного родоразрешения

В нашей стране регматогенная отслойка сетчатки длительное время считалась основным осложнением самостоятельных родов со стороны органа зрения и, как следствие, абсолютным показанием к кесареву сечению вне зависимости от того, когда данное заболевание было выявлено у беременной, проводилось ли оперативное лечение и с каким результатом. Такой подход изложен и в методических рекомендациях Министерства здравоохранения СССР (1976). Однако за последнее десятилетие все чаще появляются сообщения о возможности родоразрешения женщин с клинически значимыми проявлениями периферической хориоретинальной дистрофии и даже отслойкой сетчатки естественным путем. В настоящее вре-

мя Министерство здравоохранения и социального развития РФ (методическое письмо 1813-ВС от 13 марта 2008 года) регламентирует, что относительным показанием к кесареву сечению является миопия высокой степени, сочетающаяся с изменениями на глазном дне — на усмотрение офтальмолога, не разъясняя, какие именно патологические изменения связаны с риском потери зрения у женщины.

Некоторые ученые в начале XX века вообще высказывали сомнение о целесообразности сохранения беременности при наличии у женщины высокой осложненной близорукости. Так, И. И. Казас (1929) считал, что «высокая миопия и беременность есть состояния несовместимые и таким больным надо запрещать деторождение», так как прогрессирование близорукости и ее осложнения для этих пациенток могут принять «крайне грозное течение» в виде развития регматогенной отслойки сетчатки [13]. Гораздо более сдержанные рекомендации в это же время давал Э. Ф. Блессиг (1929). Прерывание беременности из-за прогрессирующей близорукости даже при наличии изменений на глазном дне он считал неоправданным. По его мнению, отрицательные последствия такого состояния не сопоставимы с лишением жизни будущего ребенка. В то же время следующую беременность Э. Ф. Блессиг все же не рекомендовал [4].

М. Goerlitz (1936) и W. Rohrschneider (1936) отмечали, что установить причинную связь между беременностью и отслойкой сетчатки в миопических глазах крайне затруднительно. Нормально протекающая беременность, по их мнению, является состоянием, физиологичным для женщины [54, 30].

У. Х. Мусабейли (1956) рекомендовала прерывание беременности у женщин с высокой близорукостью на единственном зрячем глазу из-за угрозы развития отслойки сетчатки или во всех случаях уже диагностированной к моменту наступления беременности регматогенной отслойкой сетчатки. Автор считала, что развитие дистрофической отслойки сетчатки можно ожидать у беременных с различной степенью аметропии, но особенно — с миопией высокой степени. В случае выявления данной патологии в поздние сроки беременности предполагалось провести оперативное лечение отслойки сетчатки для возможного сохранения беременности [28, 29].

А. И. Быкова (1964) также не рекомендовала сохранять беременность, если произошла отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу. Во всех остальных случаях, даже при условии успешно

проведенного оперативного лечения, данная патология, по мнению автора, является основанием для ведения родов кесаревым сечением [6].

Аналогичной точки зрения придерживается В. В. Иванов (1972), изучавший влияние беременности на орган зрения. Из общего числа (100 пациенток) обследованных им женщин с миопией различной степени после родов не было выявлено ни одного случая отслойки сетчатки или снижения зрительных функций. У 4 беременных, находившихся под наблюдением по поводу самоотграниченных отслоек сетчатки, диагностированных еще до беременности, роды вели кесаревым сечением. У них также не было выявлено ухудшения структурных и функциональных изменений органа зрения. Автор аргументирует отслойку сетчатки, также как и высокую осложненную миопию на единственном зрячем глазу, относительным показанием к прерыванию беременности и при стремлении сохранить беременность рекомендует проводить родоразрешение с исключением потужного периода [12].

Оценивая результаты хирургического лечения отслоек сетчатки, М. Е. Розенблюм приходит к выводу, что больных с отслойкой сетчатки, возникшей в последние месяцы и даже недели беременности, следует оперировать до родов (при этом роды не влияют на исход операции) [34].

В результате наблюдения 50 женщин с миопией от 4,5 до 15,0 диоптрий, родоразрешение которых проводили естественным путем, А. Neri (1985) пришел к выводу, что физиологически протекающая беременность и самостоятельное родоразрешение не оказывают отрицательного влияния на состояние органа зрения близоруких пациенток [57].

К. Б. Жалмухамедов (1991, 1998) полагает, что опасения офтальмологов по поводу отслойки сетчатки у беременных женщин с миопией высокой степени зачастую не обоснованы, а грубое вмешательство в ход родов (наложение щипцов, вакуум-экстракция или кесарево сечение) может привести к тяжелым последствиям как для ребенка, так и для матери [7,8].

Детальному изучению данной проблемы посвящена работа D. Landau (1994), который опубликовал результаты исследования в группе, состоявшей из 10 беременных (20 глаз). Из них у 6 женщин на 6 глазах было произведено оперативное лечение по поводу регматогенной отслойки сетчатки: в пяти случаях — до беременности, в одном — в первом триместре при четвертой по счету беременности (2 из 3 предыдущих закончились родами естественным путем). Во всех этих случаях проводилось самостоятельное родоразрешение. Обследова-

ние в послеродовом периоде показало отсутствие значимых изменений (отрицательной динамики) в состоянии сетчатки пациенток. Представленные результаты позволили автору усомниться в обоснованности традиционных подходов; по его данным у женщин, перенесших операцию по поводу отслойки сетчатки, ведение родов естественным путем не оказывало отрицательного влияния на состояние органа зрения [56].

К сходному заключению пришла группа польских ученых, под наблюдением которых находилось 83 беременные женщины. Ученые установили, что физиологическая беременность и роды не ухудшают состояние глаза с миопической рефракцией, а показания к сокращению потужного периода родов по состоянию глаз зависят не от степени близорукости, а от выраженности изменений на глазном дне. Однако характер потенциально опасных состояний не уточняется [52].

Группа авторов из Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургии глаза» (1996) отмечает, что сам факт перенесенной операции по поводу отслойки сетчатки ни в коем случае не является прямым показанием к кесареву сечению. По их мнению, индивидуальный подход позволяет разрешить роды естественным путем. Однако в работе не уточнены критерии, позволяющие вынести индивидуальное решение по данному вопросу [14].

Е. В. Замятина и Л. А. Хребтова (1997) утверждают, что миопия, осложненная периферической витреохориоретинальной дистрофией (ПВХРД) при отсутствии отслойки сетчатки, не является абсолютным показанием к родоразрешению кесаревым сечением и тем более к прерыванию беременности. Приведенные выводы основаны на результатах обследования 217 беременных с миопией различной степени, осложненной ПВХРД. Авторами также были рекомендованы сроки проведения лечения: начиная с 12-ой недели беременности и заканчивая не менее чем за месяц до предполагаемого срока родов. За время беременности ни у одной из находившихся под наблюдением женщин увеличения степени миопии и прогрессирования изменений на глазном дне не выявили. При этом 5 женщин получили рекомендации к родоразрешению кесаревым сечением, так как ПВХРД с разрывами сетчатки у них были выявлены на поздних сроках беременности, во всех же остальных случаях проводили самостоятельное родоразрешение. Через 3 года наблюдения ни в одном случае не было зафиксировано возникновение отслойки сетчатки. Независимо от вида ПВХРД авторы проводили агрессивное профилактическое лечение в виде круговой лазерной коагуляции. Отслойку сетчатки на одном глазу авторы сочли абсолютным

показанием к кесареву сечению [9, 10, 11, 48].

Более дифференцированный подход предлагает О. В. Коленко (2003), под наблюдением которого находилось 148 беременных с различными видами ПВХРД. На основании изучения их клинического течения и параметров прогрессирования во время беременности к потенциально опасным видам, требующим профилактического лечения, автором были отнесены такие виды дистрофий, как решетчатая (все виды), инеевидная, изолированные разрывы сетчатки, высокий ретиношизис. В основе принимаемого решения о методике лечения и способе родоразрешения, по мнению автора, должен лежать не вид, а степень прогрессирования ПВХРД во время беременности. Лазерная коагуляция сетчатки должна проводиться по границе патологических изменений, с различной плотностью барьера, а в случае выраженного прогрессирования ПВХРД — в сочетании со сплошной лазеркоагуляцией по поверхности ретинальных изменений. Показанием к родоразрешению кесаревым сечением автор считает высокую степень прогрессирования ПВХРД (увеличение площади патологических очагов на 25 % и более), отмеченную в 11,7 % случаев, а также формирование новых истончений и разрывов сетчатки к моменту родов, даже несмотря на проведенную ранее адекватную ограничивающую лазерную коагуляцию сетчатки [15, 16, 17, 18, 19]. Предложенная О.В.Коленко система выявления прогностически значимых признаков ПВХРД, основанная на исследовании линейной скорости кровотока в надблоковой артерии и акустической плотности склеры, представляется весьма сложной для внедрения в широкую практику.

Мнение, что миопия высокой степени не является абсолютным показанием к родоразрешению кесаревым сечением, высказывает также С. Л. Рочева (2006). При обследовании беременных с миопией автор рекомендует обращать особое внимание на размер перипапиллярной атрофии, ход и калибр сосудов, наличие дистрофических изменений сетчатки. Выключение потуг во втором периоде родов рекомендуется автором при грубых изменениях сетчатки (без указания характера потенциально опасных патологических изменений и необходимости проведения профилактического лечения), в частности после перенесенной отслойки сетчатки [35, 36].

Наиболее четкие рекомендации, основанные на современных представлениях о патогенезе регматогенной отслойки сетчатки, с указанием условий и сроков определения тактики ведения родов представлены в работе Е. О. Саксоновой. К аб-

солютным показаниям для родоразрешения с включением потуг во втором периоде родов автор относит, во-первых, случаи, когда потенциально опасные виды ПВХРД (решетчатая дистрофия с разрывами сетчатки и/или элементами ее тракции, ретиношизис с разрывами, клапанные разрывы, изолированные разрывы с субклинической отслойкой сетчатки или элементами ее тракции) выявлены на сроке беременности более 36 недель, когда проведение профилактической лазерной коагуляции сетчатки представляется крайне затруднительным или невозможным. Во-вторых, в эту же группу автор относит успешно оперированную отслойку сетчатки на единственном зрячем глазу независимо от срока давности операции, а также случаи, когда оперативное лечение отслойки сетчатки было проведено на сроке текущей беременности более 30 недель. Если отслойка сетчатки выявлена и успешно оперирована на более раннем сроке беременности, ведение родов возможно естественным путем [39].

Описанный алгоритм лег в основу работы Т. В. Никитиной, которая наблюдала 842 беременных до и в течение 1,5 лет после родов. Полученные результаты позволили автору утверждать, что не степень миопической рефракции, а наличие потенциально опасных форм ПВХРД определяет риск развития регматогенной отслойки сетчатки в процессе беременности и родов [31]. Аналогичные принципы легли и в основу исследования, проведенного также Е. С. Назаровой (2005). Полученные автором результаты подтвердили целесообразность такого подхода [30].

В определенной мере эффективность указанного алгоритма была подтверждена и в исследовании Е. Е. Краснощековой с соавт. (2009), проведенном с целью оценки эффективности диспансерного наблюдения беременных вне зависимости от клинической рефракции их глаз. Авторы обследовали 188 беременных, в том числе 8 с ранее успешно оперированной или выявленной в процессе беременности регматогенной отслойкой сетчатки. Важным является то, что наблюдение проводилось на протяжении 2 лет после родов, т. е. были оценены и отдаленные результаты предложенной системы наблюдения и лечения беременных с витреоретинопатией (ПВХРД и дистрофической отслойкой сетчатки). Своевременно и успешно проведенные диагностические и лечебные мероприятия позволили всем находившимся под наблюдением женщинам выдать заключение о возможности самостоятельного родоразрешения по состоянию глаз. Только в двух случаях проводили кесарево сечение: в одном случае — по аку-

шерским показаниям, а в 1 из 188 случаев — по офтальмологическим, когда вопреки выданному консультативному заключению офтальмолога, акушеры все же приняли решение о необходимости оперативного родоразрешения по причине наличия у пациентки миопии высокой степени обоих глаз. Последующее динамическое наблюдение на протяжении 2 лет показало отсутствие изменений в состоянии сетчатки как у женщин, у которых роды протекали естественным путем, так и у пациенток, родоразрешенных кесаревым сечением (по акушерским показаниям). На фоне проводившегося при необходимости лазерного или офтальмохирургического вмешательства ни в одном случае не регистрировали ни появления новых зон, ни прогрессирования имевшихся ПВХРД, ни появления или рецидива дистрофической отслойки сетчатки [23].

Сходные результаты были получены также А. В. Петраевским и И. А. Гндоян (2007) в результате обследования и динамического наблюдения 435 беременных. Однако авторы выделяют более широкий спектр ПВХРД, требующих профилактического лечения: они включают сюда все виды решетчатой дистрофии и ретиношизиса, интиподобную, кистовидную дегенерацию, патологическую гиперпигментацию, изолированные разрывы сетчатки. Для лечения авторы использовали периферическую профилактическую лазерную коагуляцию сетчатки (циркулярную) в сочетании с ограничивающей лазеркоагуляцией дистрофических очагов [33], по нашему мнению, такое обширное вмешательство может быть излишне активным как для беременных женщин, учитывая их склонность к транссудативным реакциям, так и для пациентов с периферической витреохииоретинальной дистрофией вообще, поскольку значительно повышается риск побочных эффектов собственно лазерного вмешательства.

Большая часть научных работ отечественных авторов по рассматриваемой проблеме посвящена изучению состояния глазного дна при нормально протекающей и патологической беременности, вопросам возникновения вторичной отслойки сетчатки [5, 25, 28, 29, 45, 46]. За последние несколько лет появились работы, направленные на изучение состояния глаза с миопической рефракцией при физиологическом течении беременности, при гестозе и в послеродовом периоде [1, 2, 20, 33, 40, 41, 42, 43, 44]. Изучая особенности центральной гемодинамики, мозгового кровотока, гемодинамики органа зрения и внутриглазного давления на различных этапах родоразрешения, авторы определяли оптимальный выбор метода родораз-

решения и обезболивания женщин в родах. Так, К.Н.Ахвледиани, А.Г.Травкин наблюдали 290 беременных женщин с миопией и пришли к выводу, что при миопии высокой степени риск офтальмологических осложнений в родах непосредственно связан с нестабильностью гемодинамических показателей, что требует применения у таких женщин длительной эпидуральной анестезии и тщательного контроля состояния органа зрения [43]. Ряд авторов поддерживают это мнение, полагая, что эпидуральная анестезия играет положительную роль в ведении родов у пациенток с миопией высокой степени, особенно при наличии ПВХРД [3, 47, 51]. И. И. Левашова с соавт. рекомендуют проведение перидуральной анестезии для рожениц с миопией средней и высокой степени, осложненной ПВХРД [26]. Что же касается рекомендаций К. Н. Ахвледиани и А. Г. Травкина, учитывая технические особенности проведения реоофтальмографии и тонометрии, сложно согласиться с достоверностью показателей, полученных в процессе родов с помощью этих методов, что снижает практическую значимость полученных результатов.

До настоящего времени нет четкого описания возможных вариантов биомеханики регматогенной отслойки сетчатки в родах. Повышение давления на глаз, механическое сдавление его окружающими тканями (например наружными мышцами глаза, при натуживании роженицы), усиление тракционного компонента во время родов, сдвиги центральной гемодинамики — пока эти и другие версии носят лишь характер предположения и ни одна из них не подтверждена экспериментально. Поэтому в последнее время некоторые зарубежные и отечественные авторы вообще ставят под сомнение риск развития регматогенной отслойки сетчатки в процессе родов даже у женщин, перенесших ранее оперативное лечение по поводу данной патологии (вне зависимости от того, на каком сроке были выявлены изменения, проводилось ли оперативное лечение и с каким результатом).

Проблема выбора метода родоразрешения у беременных с отслойкой сетчатки нередко связана также с особенностями взаимодействия врачей акушеров-гинекологов, принимающих окончательное решение по данному вопросу, с офтальмологами, выступающими в роли консультантов. Анкетированный опрос, проведенный в 1990 году среди английских акушеров-гинекологов (95 человек), показал, что 16 % специалистов не считают, что результат офтальмологического осмотра может в какой-либо степени повлиять на выбор метода родоразрешения пациентки, а 9 % опрошенных затруднились ответить на поставленные

вопросы. Остальные (75 % опрошенных) не сомневаются, что отслойка сетчатки у беременной служит показанием к родоразрешению с исключением потуг во втором периоде родов (кесаревым сечением или наложением акушерских щипцов) [55]. Сходные результаты (при отсутствии единого алгоритма действий) выявил опрос, проведенный другой группой исследователей спустя 13 лет, а именно в 2003 году, также среди английских врачей акушеров-гинекологов (95 человек). Оказалось, что по-прежнему в 14 % случаев мнение офтальмолога вообще не учитывается, только в одной трети случаев решение принимается совместно с консультантом, остальные же, т.е. существенное большинство (более 50 %) затруднились ответить на поставленные вопросы [53].

Расширение показаний к кесареву сечению как зарубежом, так и в нашей стране привело к возрастанию частоты его выполнения. Так, по данным В.И.Краснопольского с соавторами за последние 20 лет частота родоразрешения кесаревым сечением возросла в 2 раза, причем по офтальмологическим показаниям она достигла 45–50 % случаев [22]. Кесарево сечение в настоящее время стало наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Несмотря на современные технологические возможности расширение показаний к кесареву сечению привело не только к возрастанию частоты его выполнения, но и отразилось на увеличении числа интра- и послеоперационных осложнений [21,38]. Нельзя забывать, что материнская смертность после кесарева сечения по-прежнему существенно превышает таковую после самостоятельного родоразрешения. Так по данным Е. А. Чернуха с соавторами (2001), риск материнской смертности после кесарева сечения в 10 раз превышает таковой после самостоятельных родов [50]. Гнойные осложнения в результате операции кесарева сечения встречаются в 8-10 раз чаще, чем после самостоятельных родов, занимая одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности [22]. Рост частоты первичного кесарева сечения ведет к увеличению числа повторного оперативного родоразрешения. Рубцовые изменения матки вследствие оперативного родоразрешения являются одним из основных показаний (от 6,3 до 68,8 %) к операции кесарева сечения при последующей беременности [24]. По данным Г. М. Савельевой (2000), показаниями к повторному оперативному родоразрешению в настоящее время являются отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (34 %), возраст 33–40 лет (32 %), сопутствующая акушерская патология (21 %) и миопия высокой степени (13 %) [37]. Наконец, даже неосложненное кесарево сече-

ние ограничивает репродуктивную функцию женщин фертильного возраста.

Наряду с кесаревым сечением к родоразрешающим операциям относят акушерские щипцы. По данным Е. А. Чернуха показанием к данному вмешательству в 4,76 % случаев является миопия высокой степени. Однако, данная операция, несмотря на современные достижения в практическом акушерстве, остается в высшей степени несовершенной и крайне травматичной [49].

Возможными путями снижения частоты оперативного родоразрешения на сегодняшний день является рациональное ведение беременности и родов у женщин с рубцовыми изменениями на матке, а также — пациенток с экстрагенитальной патологией [21,27].

Таким образом, анализ данных отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что до настоящего времени не существует единой системы офтальмологического обследования (диагностики и лечения) и обоснования выбора метода родоразрешения беременных с регматогенной отслойкой сетчатки (оперированной ранее или выявленной во время беременности) и предрасположением к ней. В Российской Федерации, как и зарубежом, до настоящего времени акушеры-гинекологи не располагают четкими нормативными документами, отражающими современные представления об этиологии и патогенезе регматогенной отслойки сетчатки и обоснованно регламентирующими показания к родоразрешению кесаревым сечением по состоянию глаз, никем не определены сроки и объем проведения офтальмологических осмотров беременных для своевременного выявления факторов риска и определения способов профилактики отслойки сетчатки в родах.

В то же время на основании современных литературных данных, проведенных исследований и собственного опыта мы предлагаем практические рекомендации, которые могли бы помочь офтальмологу при оценке степени риска со стороны органа зрения того или иного метода родоразрешения и выборе тактики офтальмологического ведения беременных с ПВХРД:

- после постановки на диспансерный учет в женской консультации все женщины на сроке беременности 12–14 недель, независимо от вида клинической рефракции глаз, должны быть осмотрены офтальмологом. Так как угроза развития регматогенной отслойки сетчатки в процессе беременности и родов связана не с наличием близорукости, а с существованием определенных видов ПВХРД, которые могут протекать бессимптомно, исследование главно-

го дна должно проводиться в условиях максимально возможного медикаментозного миопиида. При офтальмоскопии лучше использовать бинокулярные методы (оптимальным можно считать осмотр на щелевой лампе с трехзеркальной линзой типа Goldmann'a). Окончательное решение о выборе метода родоразрешения по состоянию глаз необходимо принимать по результатам осмотра на 35–37 неделе беременности;

- при выявлении ПВХРД, требующих профилактического лечения (решетчатой дистрофии с разрывами и элементами витреоретинальной тракции, клапанных разрывов сетчатки без признаков самоотграничения, ретиношизиса с разрывами слоев или признаками прогрессирования процесса, разрывов с субклинической отслойкой сетчатки), после согласия пациентки необходимо провести профилактическую лазерную коагуляцию сетчатки;
- для блокирования зон дистрофии рационально выбирать максимально щадящие режимы коагуляции. При воздействии излучением аргонного лазера (сине-зеленая часть спектра — 488–514 нм) или твердотельного лазера на алюмоиттриевом гранате с удвоенной частотой (длина волны зеленой части спектра — 532 нм) используется непрерывный режим, диаметр пятна составляет 300–500 мкм, время экспозиции 0,2 сек, мощность подбирается индивидуально в зависимости от пигментации глазного дна и прозрачности оптических сред (оптимальным считается появление коагулята 2–3 степени). В случаях, когда используется диодный (инфракрасный — 810 нм) лазер, диаметр коагулята составляет 200–300 мкм, время экспозиции 0,1–0,2 сек, мощность излучения — необходимая для получения лазерных ожогов 1–2 степени. При необходимости лечение проводится в несколько этапов. Результаты оцениваются через 2–3 недели после последнего сеанса. Если все зоны дистрофии блокированы, контрольный осмотр рекомендуется провести на 35–37 неделе беременности. При отсутствии признаков прогрессирования дистрофического процесса, офтальмолог дает заключение о возможности родоразрешения через естественные родовые пути;
- при выявлении у беременной регматогенной отслойки сетчатки необходимо (при согласии пациентки) незамедлительно провести оперативное лечение. В том случае, если удалось добиться блокирования разрывов и полного прилегания отслоенной сетчатки, по результатам осмотра на

35–37 неделе беременности пациентке выдается заключение о возможности самостоятельного родоразрешения по состоянию глаз;

- в случае, если перенесенная еще до беременности регматогенная отслойка сетчатки успешно оперирована, сетчатка прилежит, разрывы блокированы — после контрольного осмотра на 35–37 неделе беременности выдается заключение о возможности самостоятельного родоразрешения по состоянию глаз;
- родоразрешение кесаревым сечением по офтальмологическим показаниям рекомендуется проводить в случае выявления регматогенной отслойки сетчатки или потенциально опасных (клинически значимых) форм ПВХРД, когда лечение по каким-либо причинам невозможно, или изменения (особенно регматогенная отслойка сетчатки) диагностированы на сроке беременности 35–37 недель и более. Лечение рекомендуется выполнить в послеродовом периоде, когда женщина еще находится в стационаре или сразу после выписки из родильного дома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В. В., Моисеев В. Н., Саркисян Н. К., Власов И. Н. Основные показатели гемодинамики у беременных и рожениц в норме и при позднем токсикозе беременных // Акушерство и гинекология. — 1992. — №3. — С. 17–18.
2. Ахвледиани К. Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миопией средней и высокой степени: Дис.канд. мед. наук. — М., 2001. — 147 с.
3. Бабаев В. А., Мазурская Н. М., Ахвледиани К. Н., Логутова Л. С. Оптимизация анестезиологического обеспечения родоразрешения у пациенток с миопией средней и высокой степени // Анестезиология и реаниматология. — 2002. — № 4. — С. 23–25.
4. Блессиг Э. Ф. Глазные показания к искусственному прекращению беременности // Русский офтальмологический журнал. — 1929. — Т. X. — С. 4–5 (430–433).
5. Бушпан Э. С. Глазное дно при нормальной и патологической беременности. — М., 1962. — 167 с.
6. Быкова А. И. Близорукость и беременность // Съезд офтальмологов Украинской ССР, IV-й: Материалы. — Киев — С. 552–554.
7. Жалмухамедов К. Б. Ведение беременности и родов при некоторых заболеваниях глаз: Метод. рекомендации // — Алама-Ата. — 1988. — 23 с.
8. Жалмухамедов К. Б. Ведение беременности и родов при заболеваниях глаз // Съезд акушеров-гинекологов Казахстана, IV-й: Материалы. — Алма-Ата. — 1991. — С. 93–94.
9. Замятина Е. В., Ильенков С. С., Хребтова Л. А. Тактика ведения беременных женщин с осложненной миопией // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск. — 2000. — №7. — С. 229–231.
10. Замятина Е. В., Хребтова Л. А. К вопросу о родоразрешении женщин с высокой близорукостью // Научно-практич. конф. «Актуальные проблемы офтальмологии»: Материалы. — Красноярск. — 1997. — С. 257–258.
11. Замятина Е. В., Хребтова Л. А. Тактика ведения беременных с осложненной миопией // Межрегион. научно-практич. конф. «Вопросы офтальмологии»: Материалы. — Красноярск. — 2001. — С. 172–173.
12. Иванов В. В. Влияние беременности и родов на орган зрения при близорукости: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1972. — 20 с.
13. Казас И. И. Токсикозы беременности и глаз // Основы терапии глазных болезней. — М., 1929. — С. 470–479.
14. Канюков В. Н., Хлынцева З. Б., Царькова В. В. и др. Обоснование принципов ведения беременности и родов, после некоторых хирургических вмешательств на глазном яблоке: Метод. рекомендации. — Оренбург, 1996. — 10 с.
15. Коленко О. В. Прогнозирование клинического течения и профилактика прогрессирования периферических витреохориоретинальных дистрофий у женщин в период беременности и после родов: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2004. — 24 с.
16. Коленко О. В., Сорокин Е. Л. Профилактика прогрессирования периферических витреохориоретинальных дистрофий и отслойки сетчатки с помощью ограничительной лазерной коагуляции // Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии, 1-я: Материалы. — Екатеринбург. — 1998. — С. 80–81.
17. Коленко О. В., Сорокин Е. Л. Дифференцированные подходы к проведению лечебных и профилактических мероприятий у беременных женщин с наличием периферических витреохориоретинальных дистрофий // Российская научная конф «Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия»: Материалы. — СПб., 2002. — С. 77–78.
18. Коленко О. В., Сорокин Е. Л., Егоров В. В. Взаимосвязь конституционального типа системной гемодинамики с формированием периферических витреохориоретинальных дистрофий в период беременности // Вестник офтальмологии. — 2002. — № 3. — С. 20–23.
19. Коленко О. В., Сорокин Е. Л., Егоров В. В. Клиническая эффективность профилактики ретинальных осложнений у беременных женщин с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями // Новые лазерные технологии в офтальмологии: Сб. научных трудов. — Калуга, 2002. — С. 70–71.
20. Краснопольский В. И., Ахвледиани К. Н., Логутова Л. С. и др. Особенности тактики ведения родов у беременных с миопией средней и высокой степени // Конф. МНИИ ГБ им. Гельмгольца «Актуальные вопросы офтальмологии»: Материалы. — М., 2000. — Ч. 1. — С. 198–200.
21. Краснопольский В. И., Логутова Л. С. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный способ родоразрешения // Акушерство и гинекология. — №5. — 2000. — С. 17–25.

22. Краснопольский В. И., Радзинский В. Е., Логутова Л. С. и др. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1997. — 285 с.
23. Краснощекова Е. Е., Панкрушова Т. Г., Бойко Э. В. Периферические витреохориоретинальные дистрофии и отслойка сетчатки у беременных: диагностика, лечение, выбор метода родоразрешения. // Вестник офтальмологии. — 2009. — № 2. — С. 40–43.
24. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комисарова Л. М. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1998. — 191 с.
25. Куликов И. А. Функциональные и органические изменения органа зрения при поздних токсикозах беременности. // Сб. научных трудов Волгоградского мед. института. — Волгоград. — 1957. — № 11. — С. 260–266.
26. Левашова И. И., Мареева Л. С., Фатюхина Е. Д. Акушерская тактика при миопии высокой и средней степени // Вопросы охраны материнства и детства. — 1985. — №3. — С. 75–78.
27. Манухин И. Б., Рычков В. В., Федосова Г. Н. Профилактика репродуктивных потерь. — Ставрополь, 1999. — 239 с.
28. Мусабейли У. Х. Поражение зрительных нервов и путей при патологии беременности // Научная конф. офтальмологов Северной Осетии: Материалы. — Орджоникидзе, 1995. — С. 56–59.
29. Мусабейли У. Х. Заболевания глаз при патологии беременности // Баку. — 1965. — 180 с.
30. Назарова Е. С. Оптимизация метода родоразрешения у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями миопического генеза: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2005. — 19 с.
31. Никитина Т. В., Бурдули Г. М., Саксонова Е. О. Родоразрешение при периферических витреохориоретинальных дистрофиях // Съезд офтальмологов России, VII-й: Тезисы докл. — М., 2000. — Ч. 1. — С. 471.
32. Петраевский А. В., Гндоян А. В. Оценка реальных факторов риска отслойки сетчатки и определение показаний к профилактической лазеркоагуляции сетчатки у беременных // Офтальмология. — 2006. — Т. 3, №3. — С. 48–54.
33. Петрова О. Ю. Особенности клинического течения миопии при физиологической беременности, гестозе и в послеродовом периоде: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2004. — 22 с.
34. Розенблюм М. Е. Оперативное лечение отслоек сетчатки. — АМН. — М., 1952. — 235 с.
35. Рочева С. Л. Выбор метода родоразрешения у женщин с миопией различной степени // Вестник офтальмологии. — 2006. — №3. — С. 47–51.
36. Рочева С. Л. Спорные аспекты тактики ведения беременности и родов у женщин с миопией // Актуальные проблемы офтальмологии. — М., 2006. — С. 309–311.
37. Савельева Г. М., Курцер М. А., Шалина Р. И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов // Акушерство и гинекология. — №5. — 2000. — С. 3–8.
38. Савельева Г. М., Кулаков В. И., Стрижаков А. Н. Акушерство. — М.: Медицина. — 2000. — 816 с.
39. Саксонова Е. О., Гурьева Н. В., Панкрушова Т. Г. Родоразрешение при миопии // Междунар. симпозиум МНИИГБ им. Гельмгольца «Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата», 3-й: Материалы. — М., 2001. — С. 79–80.
40. Травкин А. Г., Ахвелидиани К. Н., Петрова Т. Х. Миопия и беременность // Междунар. научно-практическая конф. «Пролиферативный синдром в офтальмологии», 2-я: Материалы. — М., 2002. — С. 127–128.
41. Травкин А. Г., Ахвелидиани К. Н., Петрова Т. Х. Миопия во время беременности и в процессе родоразрешения // Междунар. научно-практическая конф. «Пролиферативный синдром в офтальмологии», 2-я: Материалы. — М., 2002. — С. 128–129.
42. Травкин А. Г., Ахвелидиани К. Н., Петрова Т. Х. Миопия и показания к плановому кесареву сечению // Междунар. научно-практическая конф. «Пролиферативный синдром в офтальмологии», 2-я: Материалы. — М., 2002. — С. 129–130.
43. Травкин А. Г., Логутова Л. С., Ахвелидиани К. Н., Петрова Т. Х. Миопия средней, высокой степени и самостоятельное родоразрешение // Съезд офтальмологов России, VIII-й: Тезисы докл. — М., 2005. — С. 734.
44. Травкин А. Г., Логутова Л. С., Ахвелидиани К. Н. и др. Особенности родоразрешения при гестозе беременных с миопией // Вестник офтальмологии. — 2007. — № 4. — С. 26–29.
45. Хамраева А. А. Некоторые показатели гемодинамики глаза у беременных с гестозом в дородовом и послеродовом периоде // Офтальмологический журнал. — 1998. — № 6. — С. 458–461.
46. Хамраева Л. С., Кремкова Е. В. Особенности состояния глазного дна у беременных с гестозом // Офтальмологический журнал. — 1997. — №1. — С. 61–63.
47. Хаустова М. Ю., Шалина Р. И., Курцер М. А. и др. Наш опыт эпидуральной анестезии в акушерстве // Акушерство и гинекология. — 2000. — №4. — С. 22–26.
48. Хребтова Л. А., Замятина Е. В. Лазеркоагуляция в профилактике отслойки сетчатки у беременных женщин с миопией и периферическими витреохориоретинальными дистрофиями // Съезд офтальмологов России, VII-й: Тезисы докл. — М., 2000. — С. 502–523.
49. Чернуха Е. А. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. — №5. — 2001. — С. 4–8.
50. Чернуха Е. А., Комисарова Л. М. 300 операций экстраперитонеального кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 1982. — №5. — С. 47–49.
51. Шамугия Н. Л. Особенности течения родов у рожениц при миопии средней и высокой степени в условиях применения эпидуральной аналгезии // Актуальные вопросы внутренней медицины и стоматологии: Сб. научных трудов. — 1997. — Ч. 2. — С. 18.
52. Chyla J., Trzcinska-Dabrowska Z., Roszkowski P.I., Marianowski L. Management of myopic women in labour // Ginekologia polska. — 1984. — Vol. 55, N. 3. — P. 193–194.
53. Eisherbiny S. M., Benson S. M. Retinal detachment and the second stage of labour: a survey of regional practice and literature review // J. Obstetrics and Gynaecology. — 2003. — Vol. 23, N 2. — P. 114–117.

54. Goerlitz M. Netzhautablosung und swangerschaft // Klin Mon bl. f. Augenheik. — 1936. — Vol. 97. — P. 22–43.
55. Inglesby D. V., Little B. C., Chignell A. H. Surgery for detachment of the retina should not affect a normal delivery // British Medical Journal. — 1990. — Vol. 300 — P. 980.
56. Landau D. The effect of normal childbirth on eyes with abnormalities predisposing to rhegmatogenous retinal detachment // Graefes Arch. Clin Exp Ophthalmol. — 1995. — Vol. 233, N 5. — P. 598–600.
57. Neri A., Grausbord R., Krermer I. et al. The management of labor in high myopic patients // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1985. — Vol. 19, N 5. — P. 277–279.

OPINION EVOLUTION ON THE DELIVERY METHOD DEPENDING ON THE EYE FUNDUS IN PREGNANT WOMEN WITH PERIPHERAL VITREOCHORIORETINAL DYSTROPHY AND RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

Krasnoshchekova E. E., Boyko E. V., Shadrichiev F. E.

✧ **Summary.** Rhegmatogenous retinal detachment, despite of the appearance lately of new high-technology methods for its treatment, still is one of the most severe diseases in practical ophthalmology, frequently leading to the patient's disability. It is no co-

incidence that previously operated or arising during pregnancy retinal detachment is considered by many researchers as absolute indication to the delivery with bearing-down elimination (Caesarian operation) during the second stage of labor. This is due, in their opinion, to high risk of disease relapse or progressing, and consequently to visual loss. At that, the danger of dystrophic retinal detachment during delivery is still thought to depend on high degree of myopia in pregnant woman. With the appearance of new investigation methods, there is a revision of insights into retinal detachment etiology and pathogenesis; and, very importantly, the risk degree estimation of delivery with bearing-down elimination during the second stage of labor is ameliorated — for the mother as well as for the infant. The choice problem of optimal balance between the risk of visual loss at common delivery and possible intra- and post-operative complications of the Caesarian operation still is extremely actual.

✧ **Key words:** myopia; peripheral vitreochorioretinal dystrophy; rhegmatogenous retinal detachment; pregnancy; delivery; Caesarian operation; retinal photocoagulation.

Сведения об авторах:

Краснощекова Екатерина Евгеньевна — к. м. н., врач офтальмолог. Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр. 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10 Д.
E-mail: krasnoshchekova@mail.ru.

Бойко Эрнест Витальевич — д. м. н., заслуженный врач РФ, профессор, заведующий кафедрой. Кафедра офтальмологии, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6.
E-mail: boiko111@list.ru.

Шадричев Федор Евгеньевич — к. м. н., заведующий, офтальмологическое отделение, Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр. 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10 Д. E-mail: shadrichiev_dr@mail.ru.

Krasnoshchekova Ekaterina Evgenевна — MD, candidate of medical science, ophthalmologist. St.Petersburg territorial diabetology center, 194354, St.Petersburg, Sikeiros str., 10.
E-mail: krasnoshchekova@mail.ru.

Boyko Ernest Vitalievich — MD, honoured doctor of Russian Federation, doctor of medical science, professor, head of department. Department of Ophthalmology of the S. M. Kirov Military Medical Academy. 194044, Saint-Petersburg, Akademika Lebedeva st., 6. E-mail: boiko111@list.ru.

Shadrichiev Fedor Evgenievich — MD, candidate of medical science, head of the ophthalmology department, St.Petersburg territorial diabetology center, 194354, St.Petersburg, Sikeiros str., 10.
E-mail: shadrichiev_dr@mail.ru.