

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОПИЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В структуре экстрагенитальной патологии у беременных женщин миопия составляет 18–19 %. Целью исследования явилось изучить 100 историй родов женщин с миопией различных степеней и определить наиболее предпочтительный метод родоразрешения и обезболивания родов, частоту их осложнений, а также родовой травматизм у женщин с миопией различной степени тяжести. Среди всех исследуемых женщин 70 % имели ту или иную экстрагенитальную патологию. Чаще всего выявлены хронический пиелонефрит, заболевания уха, горла, носа, гипотиреоз. Отмечена корреляция между степенью тяжести миопии и частотой встречаемости заболеваний уха, горла, носа. У 65 % женщин имелись гинекологические заболевания, наиболее часто встречались эрозия шейки матки, кольпит, рубец на матке, хронический аднексит. Осложненное течение беременности отмечено у 80 % женщин. Родоразрешены через естественные родовые пути 72 % женщин, что является наиболее благоприятным исходом беременности при условии отсутствия витреохориоретинальных изменений с распространенностью более 1 квадранта глазного дна. Родовой травматизм значительно выше в группе женщин с миопией третьей степени, что требует своевременного решения вопроса о рассечении промежности, применении лубрикантов, а также пудендально-паравагинальной анестезии. При ведении родов и выполнении операции кесарева сечения у беременных с миопией предпочтительно применение регионарных методов анестезии.

Ключевые слова: беременность, миопия, роды.

L. S. Gulyaeva, M. W. Winterstein

THE COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERY IN MYOPIC WOMEN

Miopia makes up 18–19 % of extragenital pathology in pregnant women. The goal of this study was to analyze 100 birth histories of women with myopia of different degrees of severity. 70 % of participating

women had different kinds of extragenital pathology. The most common of those are chronic pyelonephritis, otolaryngeal pathology, hypothyroidism. A correlation was found between the severity of myopia and the incidence of otolaryngeal pathology. 65 % of women had gynaecological pathology, such as cervix erosion, colpitis, uterus scars, chronic adnexitis. Birth complications were noted in 80 % of women. 72 % gave birth per vias naturales, which is the most optimal outcome, provided there are no vitreochooretinal changes larger than 1 quadrant of the fundus. The incidence of birth trauma is much higher among women with 3rd degree myopia, which requires episiotomy, using lubricants or pudendal anaesthesia. It is preferred that myopic women are given local anaesthesia in birth or cesarean section.

Key words: *Pregnancy, myopia, childbirth.*

Всвязи с формированием тенденции к вступлению в беременность и роды женщин более возрастной группы по сравнению с прошлыми десятилетиями, накапливается груз гинекологических заболеваний, и происходит нарастание показателей экстрагенитальной патологии. Данный факт требует неотъемлемого участия в ведении беременной не только акушера-гинеколога, но и врачей других специальностей, в частности – офтальмологов. В структуре экстрагенитальной патологии у беременных женщин миопия составляет 18–19 % [1].

Миопия – это аномалия рефракции, при которой изображение формируется перед сетчаткой глаза. У людей с близорукостью периферические дегенеративные изменения сетчатки встречаются значительно чаще, так как передне-задний размер глаза увеличивается, в результате чего происходит растяжение его оболочки и истончение сетчатой оболочки на периферии. Периферические хориоретинальные и витреохориоретинальные дистрофии представляют опасность с точки зрения возможной отслойки сетчатки.

При формировании маточно-плацентарного кровотока увеличивается нагрузка на сердечно-сосудистую систему, происходит перераспределение кровотока, в результате чего спазм артериол, питающих орган зрения, приводит к возникновению функциональных или органических изменений на глазном дне. К функциональным изменениям относятся изменения калибра и хода ретинальных сосудов, к органическим – острую непроходимость артерий и её ветвей, кровоизлияния в сетчатку, её отёк и отслойку [2].

При раннем токсикозе возможно временное увеличение близорукости на 1–2 диоптрии, из-за сильной рвоты могут иметь место кровоизлияния в конъюнктиву и сетчатку. Наиболее опасными осложнениями у беременных с тяжелыми формами позднего гестоза считают отёк зрительного нерва, кровоизлияние в сетчатку и её отслойку.

Сам факт наличия миопии свыше 6,25 дптр без изменений на глазном дне не должен являться противопоказанием к родам через естественные родовые пути. Абсолютным противопоказанием к самостоятельным родам являются выявленная либо прооперированная отслойка сетчатки после 30–40 недели беременности, либо на единственно зрячем глазу, поздно проведенное оперативное лечение отслойки сетчатки, состояние после лазеркоагуляции сетчатки с несформированными коагулятами. Относительным противопоказанием к естественному родоразрешению являются наличие оперированной регматогенной отслойки сетчатки (РОС) в анамнезе, наличие периферической витреохориоретинальной дистрофии (ПВХРД) с распространенностью более 1 квадранта глазного дна [7].

В настоящее время рекомендован алгоритм наблюдения беременных с миопией: первичный осмотр – на 12–14 неделе беременности; при выявлении периферической витреохориоретинальной дистрофии – ограничительная лазеркоагуляция; при выявлении РОС – незамедлительная хирургическая операция. При полном анатомическом прилегании сетчатки, блокировании разрывов до 35–37 недели беременности либо после перенесенной хирургии РОС до беременности и благополучном состоянии сетчатки возможно самостоятельное родоразрешение по состоянию глаз. Кесарево сечение по состоянию глаз рекомендуется в случае выявления РОС, прогностически опасных видов ПВХРД в сроки, когда их хирургическое и лазерное лечение перед родами уже затруднительно (35–37 неделя беременности и более). Лечение РОС и прогностически опасных видов ПВХРД необходимо выполнить в раннем послеродовом периоде [3, 6]. Обязательный осмотр офтальмологом всех беременных женщин должен выполняться двукратно: на 10–14-й неделе беременности и к 28–30 – 37–38 неделе беременности (максимальный медикаментозный мидриаз, осмотр экваториальных и периферических отделов сетчатки по всей окружности). Подобная конкретизация выбора способа родоразрешения, когда основным критерием становится уже не просто степень миопии, а наличие ПВХРД, их клиническая форма и течение, послужили основанием для уточнения подходов к родам по офтальмологическим показаниям. Так, наличие миопии высокой степени, даже сочетающейся с изменениями на глазном дне, стало лишь относительным показанием к кесареву сечению. Все стало зависеть от степени конкретных изменений глазного дна. Это позволило сократить число операций кесарева сечения по офтальмологическим показаниям в 4,5 раза, снизило послеоперационные осложнения, материнскую заболеваемость и смертность, частоту повторных операций кесарева сечения [4, 5].

Цель работы: на основании изученных историй родов определить частоту осложнений беременности, наиболее предпочтительный метод родоразрешения и обезболивания родов, частоту их осложнений, а также родовой травматизм у женщин с миопией различной степени тяжести.

Материалы и методы. В ходе исследования было применено ретроспективное исследование особенностей течения беременности и родов у женщин с миопией, родоразрешенных в УЗ «6-ая городская клиническая больница» с января по апрель 2016 года. Статистическая обработка данных производилась при помощи Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение

Было изучено 100 историй родов женщин с миопией различных степеней. Женщины с миопией первой степени составили 57 %, миопия средней степени тяжести была

выявлена в анамнезе 28 % исследуемых женщин, 15 % приходится на женщин с высокой степенью миопии. Среди группы женщин с высокой степенью миопии 11 имели периферическую витреохориоретинальную дистрофию.

Средний возраст исследуемых составил $28,8 \pm 10$ лет. Из них 56 % являлись первородящими. Искусственный аборт в анамнезе имели 16 %. Неразвивающиеся беременности имели 5 %.

Ухудшение состояния глазного дна во время беременности отмечено у 2 женщин, которым была выполнена операция лазерной коагуляции в сроки беременности 28 и 34 недели. Эти пациентки относились к группе с выявленной периферической витреохориоретинальной дистрофией. Принцип метода коагуляции заключается в использовании лазерных лучей, которые свертывают ткани сетчатки, прочно соединяя ее с подлежащей сосудистой оболочкой.

Среди всех исследуемых женщин 70 % имели ту или иную экстрагенитальную патологию. Чаще всего выявлены хронический пиелонефрит, заболевания уха, горла, носа, гипотиреоз. Отмечена корреляция между степенью тяжести миопии и частотой встречаемости заболеваний уха, горла, носа. Данную закономерность можно объяснить тем, что *arteria ophthalmica* отдает ветвь *arteria ethmoidalis anterior*, которая кровоснабжает передневерхние отделы полости носа и область решетчатого лабиринта. Таким образом, наличие вазомоторного ринита или иных заболеваний носа способствует спазму артериол и нарушению кровоснабжения сетчатки глаза.

У 65 % женщин имелись гинекологические заболевания, чаще всего встречались эрозия шейки матки, кольпит, рубец на матке, хронический аднексит. Осложненное течение беременности отмечено у 80 % женщин. Наблюдается прямая зависимость между ростом показателя угрозы прерывания беременности и выраженностью изменений на глазном дне. Полученный результат требует более тщательного исследования, так как возможны системные изменения, приводящие к нарушению кровоснабжения глазного дна и фетоплацентарной недостаточности. Сочетание гестоза и миопии одинаково во всех трех группах.

Осложнения родов, такие как несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, внутриматочная гипоксия, нарушения отделения последа, явились статистически незначимыми и не имели зависимости от степени тяжести миопии.

Родоразрешены через естественные родовые пути 72 % женщин. Операция кесарева сечения выполнена 28 % пациенток, а 25 % (7 женщин) из них в качестве показателя к операции имели периферическую витреохориоретинальную дистрофию. Экстренное кесарево сечение выполнено у 1 женщины в связи с прогрессированием гипоксии плода.

Родовой травматизм (гематомы, разрывы стенки влагалища, разрывы промежности, разрывы шейки матки) у женщин с миопией третьей степени достигает 50 %. Перинеотомия выполнена у 75 % рожениц. Ручного отделения плаценты не производилось.

При обезболивании родов использовались: промедол – в 40 % случаях, спазмолитики – 10 %, эпидуральная анестезия – 26 %, спинальная анестезия – 28 %. Регионарная анестезия, вызывая блокаду симпатической нервной системы, способствует снятию генерализованного спазма и тем самым предотвращает развитие эклампсии, улучшает микроциркуляцию, нормализует внутри-

глазное давления, восстанавливает гемодинамику в органах малого таза, применение регионарной анестезии в процессе родов через естественные родовые пути и при абдоминальном родоразрешении снижает количество интранатальных осложнений и перинатальную заболеваемость. Неврологическая и метаболическая адаптация новорожденных после самопроизвольных родов, проведенных под эпидуральной анестезией, практически идентична таковой после родов у здоровых женщин.

Выводы

1. Степень миопии не может являться основным критерием при решении вопроса об оперативном родоразрешении, а должна рассматриваться в комплексе с другими акушерскими осложнениями или экстрагенитальной патологией.

2. Отмечена корреляция степени тяжести миопии и заболеваний уха, горла, носа.

3. Значительно чаще угроза прерывания беременности встречается при тяжелой степени миопии, а сочетание гестоза и миопии одинаково во всех трех группах наблюдения.

4. Не выявлена зависимость частоты осложнений родов от степени тяжести миопии. В связи с этим роды через естественные родовые пути при отсутствии грубых миопических изменений на глазном дне и тяжелой сочетанной патологии являются более предпочтительными, чем оперативное родоразрешение.

5. Родовой травматизм значительно выше в группе женщин с миопией третьей степени, что требует своевременного решения вопроса о рассечении промежности, применении люмбрикантов, а также пудендально-паравагинальной анестезии.

6. При ведении родов и выполнении операции кесарева сечения у беременных с миопией предпочтительно применение регионарных методов анестезии.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011. – С. 711.
2. Алисиенок Е. С., Самарина Е. А. Тактика ведения беременности и родов у женщин с миопией // Журнал Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 4. – С. 52–58.
3. Ахвледиани К. Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миопией средней и высокой степени. – М., 2001. – 25 с.
4. Коленко О. В. Прогнозирование клинического течения и профилактика прогрессирования периферических витреохориоретинальных дистрофий у беременных женщин в период беременности и после родов. – М., 2003. – 24 с.
5. Коленко О. В., Сорокин Е. Л. Гемодинамические показатели глаза у беременных женщин с близорукостью // Близорукость, нарушения рефракции и глазодвигательного аппарата: Тр. международного симпозиум. МНИИП им. Гельмгольца. – М., 2002. – С. 40–41.
6. Краснощекова Е. Е., Бойко Э. В., Шадрин Ф. Е. Эволюция взглядов на выбор метода родоразрешения в зависимости от состояния глазного дна у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями и регматогенной отслойкой сетчатки // Офтальмологические ведомости. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 62–68.
7. Саксонова Е. О., Гурьева Н. В., Панкрушова Т. Г. Родоразрешение при миопии // Международный симпозиум МНИИГБ им. Гельмгольца «Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата», 3-й: Материалы. – М., 2001. – С. 79–80.

Поступила 05.10.2017 г.