

УДК 617.753.2

Родоразрешение при миопии у беременных женщин, выбор тактики

О.В. Коленко^{1, 2}, Е.Л. Сорокин^{1, 3}¹ Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России;² КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск;³ ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск

РЕФЕРАТ

В данном обзоре представлены сведения об эволюции офтальмологических и акушерских подходов к ведению беременности, родов у женщин с миопией высокой степени; показана проблема профилактики угрозы развития регматогенной отслойки сетчатки в родах во взаимосвязи с развитием диагностических возможностей ретинальной патологии; дана оценка роли периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) как ведущего патогенетического фактора риска отслойки сетчатки в родах; представлены основные современные стратегии активного ведения беременных женщин

Офтальмохирургия. – 2016. – № 3. – С. 64-68.

с наличием ПВХРД в период беременности и родов; конкретизированы показания к естественному родоразрешению либо к исключению естественного родоразрешения при наличии ПВХРД; дана современная оценка значению наличия у беременной женщины миопии высокой степени.

Ключевые слова: беременность, роды, периферические витреохориоретинальные дистрофии, регматогенная отслойка сетчатки, миопия высокой степени. ■

Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.

ABSTRACT

Delivery in pregnant women with myopia, the choice of tactics

O.V. Kolenko^{1, 2}, E.L. Sorokin^{1, 3}¹ The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, the Khabarovsk Branch, Khabarovsk;² The Postgraduate Institute for Public Health Worker, Khabarovsk;³ The Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk

This review provides information on the evolution of ophthalmic and obstetric approaches to management of pregnancy, childbirth in women with high myopia. It shows the problem of prevention in the threat of development of rhegmatogenous retinal detachment in childbirth in conjunction with the development of the diagnostic capabilities of retinal disease. It gives an assessment to a role of peripheral vitreochorioretinal dystrophies (PVCRD), as a leading pathogenetic risk factor for retinal detachment in childbirth. The principal modern strategies of active management of pregnant

women with PVCRD during pregnancy and childbirth are given. Indications for vaginal birth, or to the exclusion of vaginal birth if PVCRD are specified; there is given a modern assessment for the importance of the availability of high myopia in pregnant women.

Key words: pregnancy, childbirth, delivery, peripheral vitreochorioretinal dystrophy, rhegmatogenous retinal detachment, high myopia. ■

No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.

The Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery. – 2016. – No. 3. – P. 64-68.

Для корреспонденции:

Сорокин Евгений Леонидович, профессор, докт. мед. наук, зам. директора по научн. работе Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. E-mail: nauka@khvmntk.ru

К началу детородного возраста у 18-30% женщин формируется миопическая рефракция, доля ее высокой степени составляет 7,4-18,2% случаев. В структуре миопии около 7-10% занимает ее дегенеративная форма, являющаяся основной причиной развития необратимой слепоты и слабовидения. Доля миопии в структуре беременных составляет 18-19% [7].

Как же эволюционировали взгляды офтальмологов на сочетание таких понятий, как беременность, роды и высокая миопия? В 1920-1950-е гг. полагали, что высокая миопия и беременность либо вообще понятия несовместимы из-за риска отслойки сетчатки, либо в подобных случаях необходимо однозначно выполнять кесарево сечение [9, 11, 12, 14, 31, 34].

Как видно, все авторы сходились вокруг обсуждения одного, но наиболее грозного офтальмологического осложнения, способного развиться при беременности и во время родов – регматогенной отслойки сетчатки (РОС). Фактором риска ее формирования является осложненная, дегенеративная форма миопии [1].

Считается, что причиной возможной РОС во время родов при высокой миопии являются повышенные физические нагрузки, связанные со значительными изменениями центральной гемодинамики и объемной скорости мозгового кровотока [49]. Поэтому всем женщинам с миопией высокой степени необходимо было исключить естественное родоразрешение путем выполнения кесарева сечения [47, 56]. Следствием такого подхода явилось резкое повышение числа кесаревых сечений по офтальмологическим показаниям – более чем в 2 раза [4, 7, 9, 10, 43].

Однако известно, что выполнение кесарева сечения негативно влияет на организм матери и плода (повышает частоту материнской заболеваемости и смертности, формирует риск снижения иммунитета у новорожденного) [12, 47]. Становилось все более очевидным, что большая доля кесарева сечения по офтальмологическим показаниям не является достаточно аргументированной, ибо в большинстве случаев берется лишь такой неопределен-

ный критерий, как степень миопии, тогда как основным должно являться наличие дегенеративных изменений глазного дна [33].

В середине XX в. появились теоретические данные о том, что основной патогенетической причиной РОС служит наличие прогностически опасных видов периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД). Появилась также возможность их полноценной визуализации, выполнения ограничительной лазеркоагуляции сетчатки [45, 50].

Было доказано, что ПВХРД формируются при растяжении склеральной капсулы, истончении ретинальной ткани, снижении уровня гемомикроциркуляции в периферических отделах сетчатки. Все это характерно для глаз с растянутой передне-задней осью глаза [1, 41, 46, 51, 55]. Но подобные изменения (снижение гемодинамики, оксигенации тканей глаза) характерны также и для периода беременности [7, 18, 19, 30, 43].

Более чем в 90% случаев наличие ПВХРД обнаруживается лишь в специализированных глазных клиниках [23]. По данным Коленко О.В., Сорокина Е.Л. (1997), частота ПВХРД среди обследованных ими более 600 женщин фертильного возраста составила 14,6%, причем около половины составили ее прогностически опасные формы [23]. При углубленном изучении 283 беременных женщин авторы выявили снижение регионарной гемодинамики глаза и ригидности склеральной капсулы у 50-80%, преимущественно к III триместру. Это оказалось взаимосвязанным с наличием, степенью и клинической формой миопии [19, 26, 27]. Восстановление показателей до исходных значений у 25,1% женщин не произошло даже спустя 3-6 мес. после родов при физиологической беременности и у 36,7% – при гестозе [17, 18]. Прогрессирование ПВХРД имело место у 77,6% беременных женщин. Авторами было впервые введено понятие «степень прогрессирования ПВХРД за период беременности» и выделены три его степени: слабая, средняя и высокая, составившие в исследуемой совокупности 40,4, 25,5 и 11,7% соответственно [17-23, 28, 29].

Для стационарного течения ПВХРД при беременности характерными оказались: высокий исходный уровень линейной скорости кровотока в надблковой артерии и акустической плотности склеры, их минимальное снижение к III триместру. Прогрессирование ПВХРД во время беременности и его степень имеет прямую взаимосвязь как с исходным состоянием гемодинамики глаза, так и со степенью их снижения к III триместру (более 0,4 см/сек и более 0,6 Дб) [17, 21].

В зависимости от степени прогрессирования участков прогностически опасных форм ПВХРД авторы рекомендуют выполнение различных вариантов плотности нанесения ограничительной лазеркоагуляции сетчатки (ЛКС). Показанием к кесареву сечению авторы считают высокую степень прогрессирования ПВХРД (т.е. увеличение площади прогрессирующих очагов за период беременности от 25% и более), несмотря на адекватно выполненную ранее ограничительную ЛКС [13, 20, 22, 25].

Алигаджиева Л.Г. с соавт. рекомендуют при подготовке к родам беременным с миопией проведение сосудисто-метаболической терапии в связи со значительным снижением уровня гемодинамики глаза в период беременности, особенно при гестозах. Это необходимо для снижения риска прогрессирования миопии [2, 3, 6, 19].

По данным Травкина А.Г. с соавт. (2007), изучавших гемодинамику глаза, уровень внутриглазного давления (ВГД) при родах у 315 женщин (из них 290 чел. с миопией), при родовых схватках имеет место ее снижение в увеальном тракте, уровень ВГД повышается на 35,8%, формируется ретинальный ангиоспазм. По их мнению, применение длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) в родах способствует снятию спазма периферических сосудов, снижая риск ретинальных разрывов [43]. Поэтому авторы считают, даже высокая осложненная миопия не является абсолютным показанием к оперативному родоразрешению. Противопоказаниями к естественным родам, по их данным, являются: наличие единственного зрячего глаза с осложненной миопией высокой степени; со-

четание миопии высокой степени с другой экстрагенитальной или акушерской патологией; осложненная быстро прогрессирующая миопия высокой степени (больше 1 дптр в год). При отсутствии данных противопоказаний возможно проведение родов через естественные родовые пути с согласия беременной на фоне применения ДЭА, спазмолитической и антиоксидантной терапии [42, 44].

Вопросам тактики ведения беременных женщин и их родоразрешения при наличии ПВХРД посвящены исследования Манухина И.Б., Саконовой Е.О. с соавт. (2006) [33, 36, 40]. Ими изучено более 2,8 тыс. родов более одной тысячи женщин с офтальмологической патологией. Авторы полагают, что всем беременным должен обязательно осуществляться осмотр периферических отделов глазного дна на 10-14 неделе беременности; при обнаружении прогностически опасных участков ПВХРД (решетчатые дистрофии, разрывы сетчатки с тенденцией к прогрессированию) необходима их отграничительная лазеркоагуляция. Если РОС выявлена и успешно прооперирована на раннем сроке беременности, то, по их мнению, ведение родов возможно естественным путем [40], периодичность осмотра должна быть ежемесячной; за месяц до родов нужно решать вопрос о выборе метода родоразрешения. Они также подчеркивают, что 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, по их данным, 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 [40]. Относительным противопоказанием к естественному родоразрешению являются наличие оперированной РОС в анамнезе, наличие ПВХРД с распространенностью более 1 квадранта глазного дна [40].

Петраевский А.В. с соавт. приводят данные о том, что РОС разви-

вается не только при высокой, но и весьма нередко при слабой и средней степенях миопии [37]. ПВХРД выявляются также и при эмметропии – 24,4%, гиперметропии – 10,5% [24, 26, 37-39].

Петраевский А.В., Гндоян И.А. (2006) провели длительное динамическое наблюдение 435 беременных женщин с различными видами ПВХРД после выполнения им отграничительной ЛКС (до 5 лет). По их данным, такой подход полностью исключает риск возникновения отслойки сетчатки в родах и послеродовом периоде. Сроки рекомендуемого ими осмотра беременной: на 10-12 неделе и за 4-6 недель до родов, особенно при наличии гестоза [37]. Подобной тактики придерживаются также Алисинок Е.С., Самарина Е.А. [5].

Краснощекова Е.Е. с соавт. (2009) изучали течение беременности у 188 беременных женщин в возрасте от 17 до 40 лет (376 глаз). У части из них, с наличием прогностически опасных ПВХРД (решетчатая, разрывы сетчатки, ретинолизис), выполнялась отграничительная ЛКС. Авторы не выявили противопоказаний к самостоятельному родоразрешению у 95% женщин; у остальных женщин кесарево сечение было проведено не по офтальмологическим, а по акушерским показаниям! После самостоятельных родов ни у одной женщины не произошло ни прогрессирования дистрофий сетчатки, ни развития РОС. Оказывается, в 41 случае предписание рожать с помощью кесарева сечения было дано поликлиническими офтальмологами (хотя осмотр в некоторых случаях выполнялся даже без расширения зрачка). Заключение давалось только по факту наличия высокой степени миопии [31, 32].

Авторы подтверждают сложившееся за последние годы мнение большинства исследователей данной проблемы о том, что выбор метода родоразрешения, по их мнению, должен основываться не на факте наличия высокой степени миопии, а на оценке состояния сетчатки. Рекомендуемый ими алгоритм наблюдения беременных, в том числе и с миопией: первичный осмотр – на 12-14 неделе срока беременности; при выявлении ПВХРД – их отграничи-

тельная 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 сетчатки возможно самостоятельное родоразрешение по состоянию глаз [31]. Кесарево сечение по состоянию глаз они рекомендуют в случаях 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.

Как видно, все авторы последних лет склоняются к тому, что 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 [8, 11, 12, 18, 19, 30, 32, 38, 48, 49]).

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 [16]. 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 [33].

В то же время, по мнению целого ряда отечественных и зарубежных исследователей, не существует убедительных данных о взаимосвязи родов и риска РОС [31, 35, 36, 37, 52-54]. Ряд авторов полагает, что физио-

логическая беременность и роды не ухудшают состояние глаз с миопической рефракцией [15, 52]. Жалмухамедов К.Б. (1991, 1998) предпочитал естественное родоразрешение при миопии высокой степени, так как грубое вмешательство в ход родов (наложение щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение) способно привести к тяжелым последствиям не только для ребенка, но и для матери [12, 13].

Заключая обзор, следует отметить важность своевременного и качественного обследования беременной у офтальмолога, причем как в I-м, так и в III-м триместрах беременности. Необходимо подчеркнуть, что проблема выбора метода родоразрешения у беременных с риском формирования РОС нередко связана также с состоянием взаимодействия акушеров, принимающих решение о способе родоразрешения, и офтальмологов, выступающих в качестве их консультантов [52].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С., Фридман Ф.Е., Саксонова Е.О., Тарутта Е.П. Роль растяжения склеры в генезе миопических витреохориоретинальных дистрофий // Офтальмологический журнал. – 1988. – № 3. – С. 137-138.
2. Алигаджиева Л.Г. Миопия средней и высокой степени у беременных, методы родоразрешения // Вестник офтальмологии. – 2007. – № 4. – С. 54-56.
3. Алигаджиева Л.Г., Нероев В.В., Сарыгина О.И., Гафурова Л.Г. Роль реоофтальмографии в оценке гемодинамики глаза у беременных с миопией // Вестник офтальмологии. – 2008. – № 2. – С. 42-47.
4. Алиев А.-Г.Д., Шамхалова Э.Ш., Максудова З.Н. и др. Система ранней диагностики и патологического лечения прогрессирующей близорукости у детей и подростков. – Махачкала, 2000. – С. 19.
5. Алисинок Е.С., Самарина Е.А. Тактика ведения беременности и родов у женщин с миопией // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 4. – С. 52-56.
6. Амриллидинова Ш.А., Нагай М.Ю., Сулайманова Д.А., Рахимов У.Р. Клиническое течение миопии высокой степени у женщин с физиологической беременностью и гестозами // Тюменский медицинский журн. – 2011. – № 2. – С. 56-59.
7. Ахведиани К.Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миопией средней и высокой степени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 25 с.
8. Бабаев В.А., Мазурская Н.М., Ахведиани К.Н., Логотова Л.С. Оптимизация анестезиологического обеспечения родоразрешения у пациентки с миопией средней и высокой степеней // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 4. – С. 23-25.
9. Блессиг Э.Ф. Глазные показания к искусственному прекращению беременности // Русский офтальмологический журнал. – 1929. – Т. 10. – С. 430-433.
10. Бужитан Э.С. Глазное дно при нормальной и патологической беременности. – М., 1962. – 167 с.
11. Быкова А.И. Близорукость и беременность // Съезд офтальмологов Украинской ССР, 4-й: Материалы. – Киев, 1964. – С. 552-554.
12. Жалмухамедов К.Б. Ведение беременности и родов при заболеваниях глаз // Съезд акушеров-гинекологов Казахстана, 4-й: Материалы. – Алма-Ата, 1991. – С. 93-94.
13. Жиров А.Л., Кравченко И.З., Колленко О.В., Сорокин Е.Л. Клиническая эффективность профилактической лазеркоагуляции при периферических дистрофиях сетчатки // Актуальные проблемы офтальмологии: Матер. конф. – Благовещенск, 1997. – С. 125-127.
14. Иванов В.В. Влияние беременности и родов на орган зрения при близорукости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1972. – 20 с.
15. Каныков 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.
16. Кесарево сечение в современном акушерстве / Метод. письмо № 1813-ВС от 13.03.2008 г. – М.: Минздравсоцразвития РФ, 2008. – 5 с.
17. Коленко О.В. Возможности прогнозирования и профилактики ретинальных осложнений у беременных женщин // Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез. докл. – Ч. 1. – М., 2000. – С. 449.
18. Коленко О.В. Прогнозирование клинического течения и профилактика прогрессирования периферических витреохориоретинальных дистрофий у беременных женщин в период беременности и после родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.
19. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Гемодинамические показатели глаза у беременных женщин с близорукостью // Близорукость, нарушения рефракции и глазодвигательного аппарата: Тр. междунар. симпозиума МНИИП им. Гельмгольца. – М., 2002. – С. 40-41.
20. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Дифференцированные подходы к проведению лечебных и профилактических мероприятий у беременных женщин с наличием периферических витреохориоретинальных дистрофий. // Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия. Сб. матер. – СПб., 2002. – С. 77-78.
21. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Клиническая тактика активного ведения беременных с наличием витреохориоретинальных дистрофий и ее эффективность // Комплексное применение лазеров в офтальмологии, новые технологии: Матер. конф. – Калуга, 1999. – С. 20-21.
22. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Применение ограничительной лазерной коагуляции для профилактики отслойки сетчатки у беременных // Юбил. науч.-практ. конф. Новые технологии в офтальмологии: Тез. докл. – М., 1997. – С. 110.
23. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Распространенность периферических витреохориоретинальных дистрофий среди женщин фертильного возраста // Актуальные проблемы офтальмологии: Материалы конф. офтальмологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск, 1997. – С. 127-129.
24. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Система этапной диспансеризации беременных женщин с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями // Новейшие достижения и технологии в медицине: Материалы конф. – Биробиджан, 2004. – С. 44-45.
25. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Современные подходы к офтальмологическому ведению беременных с наличием периферических витреохориоретинальных дистрофий // Науч.-практ. конф. Читинского филиала педиатрии и репродукции человека ВСНЦ РАМН: Тез. докл. – Чита, 2001. – С. 48-50.
26. 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. 20-22.
27. Коленко О.В., Сорокин Е.Л., Егоров В.В. Взаимосвязь снижения ригидности склеры с формированием и прогрессированием периферических витреохориоретинальных дистрофий у беременных // Науч.-практ. конф. «Новые технологии в повышении качества лечения заболеваний глаз в Приамурье»: Матер. – Хабаровск, 1998. – С. 245-247.
28. Коленко О.В., Сорокин Е.Л., Пшеничников М.В. Состояние глазного дна у беременных с ОПГ-гестозом // XI съезд офтальмологов Украины: Сб. тез. (Офтальмол. журн. – 2006. – № 3 (I)). – Одесса, 2006. – С. 206-208.

29. Коленко О.В., Сорокин Е.Л., Пшеничных М.В. и др. Диспансеризация женщин с физиологической и осложнённой ОПГ-гестозом беременностью и наличием ПВХРД // Проблемы развития мед. реабилитации на Дальнем Востоке: Материалы конф. – Хабаровск, 2005. – С. 75-78.

30. Краснопольский В.И., Ахеледиани К.Н., Логутова Л.С. и др. Особенности тактики ведения родов у беременных с миопией средней и высокой степени // Актуальные вопросы офтальмологии: Материалы юбилейной Всероссийской науч.-практ. конф. МНИ-ИГБ им. Гельмгольца, Ч. 1. – М., 2000. – С. 198-200.

31. Краснощечкова Е.Е., Бойко Э.В., Шадричев 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.

32. Краснощечкова 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. 40-45.

33. Манухин И.Б., Саксонова Е.О., Назарова Е.С. Акушерская тактика у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями и отслойкой сетчатки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 101-103.

34. Мусабейли У.Х. Заболевания глаз при патологии беременности. – Баку, 1965. – 180 с.

35. Назарова Е.С. Оптимизация метода родоразрешения у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями миопического генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 19 с.

36. Никитина Т.В., Бурдули Г.И., Саксонова Е.О. Родоразрешение при периферических витреохориоретинальных дистрофиях // Съезд офталь-

мологов России, 7-й: Тезисы докл. – Ч. 1. – М., 2000. – С. 471.

37. 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.

38. Петрова О.Ю. Особенности клинического лечения миопии при физиологической беременности, гестозе и в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 22 с.

39. Подзолкова Н.М., Мошетова Л.К., Шалаевский П.В., Петрова О.Ю. Беременность и миопия: течение, исходы и прогноз // Материалы науч. исследований РМА ПО «Успехи теоретической и клинической медицины». – 2003. – Вып. 5. – С. 176.

40. Саксонова Е.О., Гурьева Н.В., Панкрушова Т.Г. Родоразрешение при миопии // Междунар. симпозиум МНИ-ИГБ им. Гельмгольца «Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата», 3-й: Материалы. – М., 2001. – С. 79-80.

41. Соболева И.А. Роль нарушений гемодинамики в патогенезе периферических витреохориоретинальных дистрофий: Дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1990.

42. Ткачева И.И. Родоразрешение беременных с применением окситоцина и длительной перидуральной анестезии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1986.

43. Травкин А.Г. и др. Особенности родоразрешения при гестозе беременных с миопией // Вестник офтальмологии. – 2007. – № 4. – С. 26-30.

44. Травкин А.Г., Ахеледиани К.Н., Петрова Т.Х. Миопия средней, высокой степени у беременных при родоразрешении // Вестник офтальмологии. – 2003. – № 3. – С. 34-37.

45. Федоров С.Н., Харизов А.А., Семенов А.Д. Методы лазерной профилактики отслойки сетчатой оболочки у больных с осложнённой миопией // Хирургия аномалий рефракции глаза: Сб. тр. – М., 1981. – С. 130.

46. Франчук А.А. Клинические особенности различных видов периферической дегенерации сетчатки, их связь с разрывами и отслойкой сетчатки // Офтальмолог. журн. – 1989. – № 8. – С. 451-454.

47. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение в современном акушерстве / Метод. рекомендации. – М.: МЗ СССР, 1986. – 16 с.

48. Шалаевский П.В. Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с миопией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 22 с.

49. Шишукина С.Р. Гемодинамика и гидродинамика глаза при физиологической беременности и ОПГ-гестозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1996. – 24 с.

50. Carpineto P., Ciacaglini M., Mastropasqua L. Retinal detachment prophylaxis // Ophthalmology. – 2002. – Vol. 109, № 2. – P. 217-218.

51. Celorlo J.M., Pruett R.C. Prevalence of lattice degeneration and its relation to axial length in severe myopia // Am. J. Ophthalmol. – 1991. – Vol. 11, № 1. – P. 20-23.

52. Chyla J., Trzcinska-Dabrowska Z., Roszkowski P.I., Marianowski L. Management of myopic women in labour // Gynecologia polska. – 1984. – Vol. 55, № 3. – P. 193-194.

53. Eisberbiny S.M., Benson S.M. Retinal detachment and the second stage of labour: a survey of regional practice and literature review // J. Obstet. Gynaecol. – 2003. – Vol. 23, № 2. – P. 114-117.

54. Landau D. The effect of normal childbirth on eyes with abnormalities predisposing to rhegmatogenous retinal detachment // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. – 1995. – Vol. 233, № 5. – P. 598-600.

55. Lewis H. Peripheral retinal degeneration and the risk of retinal detachment // Am. J. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 136, № 1. – P. 155-160.

56. Neri A., Grausbord R., Kremer I., Ovidia J., Treister G. The management of labor in high myopic patients // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 1985. – Vol. 19, № 5. – P. 277-279.

Поступила 29.07.2015

