

Сообщения о влиянии способа родоразрешения на состояние рефракции у детей весьма малочисленны. Так, Fengyang et al. (2018) обнаружили более высокий риск (77,9%) астигматизма свыше 2,5 дптр у детей, рожденных путем ОКС, особенно элективного КС (87,3%) (в отличие от экстренного, где разницы практически не было), по сравнению с группой ЕР. Isenberg et al. не обнаружили разницы в величине астигматизма, зато обнаружили разницу в его оси: у детей, рожденных путем ОКС, реже отмечался прямой астигматизм (72%), чем в группе ЕР (83%) [1]. Следует отметить, что этот эффект отсутствовал спустя 3 месяца, что говорит о транзиторном характере астигматизма у новорожденных.

О транзиторном характере ошибок рефракции у новорожденных и детей первого года жизни написано немало работ, как в прошлом веке, так и в последние годы [2-4].

Однако следует отметить, что, по данным J. Gwizda et al., 42% детей с транзиторной миопией вновь становятся близорукими к 8-9 годам [5].

Известно, что на здоровье детей вообще и на здоровье их глаз в частности негативное влияние оказывает патология перинатального периода. К важнейшим видам патологии этого периода относят: асфиксию или гипоксию; родовую травму; желтухи новорожденных; недоношенность; внутриутробные инфекции. По данным О.В. Парамей и Е.И. Сидоренко, «врожденная близорукость – это разновидность перинатального поражения зрительного анализатора», в её развитии играют роль токсикозы беременности, угроза выкидыша, интранатальная патология (несоответствие размеров плода, необходимость кесарева сечения, преждевременные роды, обвитие пуповины); патология неонатального периода (анемия, врожденный вывих бедра, гемолитическая болезнь, пневмония, пилоростеноз, перинатальная энцефалопатия и др.) [6]. В группе перинатально пострадавших детей в возрасте 2,5-3 лет близорукых было в 5,2 раза больше, чем в группе здоровых (соответственно 19,8% и 3,8%) [7].

Врожденная близорукость может быть следствием родовой травмы шейного отдела позвоночника [8], недоношенности и поражений центральной нервной системы в перинатальном периоде [9].

А.Ю. Ратнер [10] и позже М.В. Кузнецова [8] сообщали о микротравмах шейного отдела позвоночника, возникающих у младенцев во время естественных родов. В этом авторы видели причину развивающейся впоследствии приобретенной миопии, которую они

называли «цервикальной». Однозначного мнения о связи аномалий рефракции со способом родоразрешения в настоящее время нет

Цель: проследить изменение рефракции у детей от рождения до 6-13-летнего возраста и выявить возможную связь способа родоразрешения с характером постнатального рефрактогенеза.

Материал и методы. На основе направленного отбора проведен ретроспективный анализ случайно отобранных 400 амбулаторных карт детей, рожденных в 2004, 2008, 2009 и 2010 годах, по 100 карт за каждый год. Отслежены показатели клинической рефракции этих детей, полученные в утвержденные фиксированные сроки: в 1, 3 года, 6 и 13 лет – в поликлинике № 1 г. Ставрополя. Для анализа были взяты доношенные дети одного возраста.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов описательной статистики с помощью программы 0,05.

За 2004 г. были проанализированы амбулаторные карты 93 детей из 100 отобранных, за 2008 г. – карты 95 детей, за 2009 г. – 100 карт, за 2010 г. – 97 амбулаторных карт детей из 100 отобранных. 93 ребенка, рожденных в 2004 году, прослежены до 13-летнего возраста. Всего за четыре года осмотрено 385 человек. В 15 амбулаторных картах данные осмотра офтальмологом отсутствовали.

По способу родоразрешения были выделены две группы: 1-я – дети, рожденные путем естественного родоразрешения (ЕР) – 312 (81%) человек; 2-я – путем операции кесарева сечения (ОКС) – 73 (19%) человека.

Рефракцию определяли путем скиаскопии в условиях циклоплегии. Детей с гиперметропией менее 1,75 дптр в возрасте 1 года, менее 1,25 дптр в 3 года и менее 0,75 дптр в 6 лет отнесли в группу риска по развитию миопии [11]. Также в эту группу были отнесены дети с эметропией и смешанным астигматизмом.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования подтвердили, дети рождаются с гиперметропической рефракцией. В возрасте 1 года гиперметропия выявлена у 87,8% детей группы ЕР и у 93,1% – группы ОКС, разница не достоверна (таблица). В возрасте 3 лет гиперметропическая рефракция по-прежнему остается преобладающей вне зависимости от способа родоразрешения: 82,5% в группе ЕР и 83,4% – ОКС. К возрасту 6 лет частота гиперметропии в структуре клинической рефракции детей резко снижается, она встречается только в 36,2% случаев в 1-й группе и еще менее – в 27,4% – во 2-й. При этом закономерно нарастает частота эметропии с 9,6% в 1-й группе и 5,5% во 2-й в возрасте 1 года до