РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СТРУКТУРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТЫ

Ковтун М.И.,

к.мед.н. Главный врач КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14 им. проф. Л.Л. Гиршмана»

Целью исследования была оценка структуры осложнений при лечении катаракты и сопутствующей заболеваемости пациентов с позиций перехода на амбулаторное лечение катаракты.

Сопутствующие катаракте гипертоническая болезнь, которая встречалась у (34,6±2,1)% больных, и ишемическая болезнь сердца - у (28,9±2,0)% больных, повышают риск развития послеоперационных осложнений в 1,8 и 2,5 раз соответственно в сравнении с больными, у которых этой патологии не выявлено.

Сочетание катаракты с глаукомой повышает риск послеоперационных осложнений в 3,7 раза в сравнении с больными, у которых глаукомы нет, а наличие зрелой катаракты - в 1,8 раза.

Общее количество выявленных послеоперационных осложнений составило 60 (8,6±1,1)%, что соответствует мировой статистике осложнений после факоэмульсификации катаракты и подтверждает необходимость сохранения коек для стационарного лечения больных при массовом переходе на амбулаторное лечение катаракты.

Ключевые слова: катаракта, послеоперационные осложнения, сопутствующие соматические и глазные заболевания.

Постановка проблемы. Тенденция старения населения способствует увеличению количества больных катарактой, причем по существующим прогнозам к 2025 году количество слепых от катаракты в мире может составить более 40 млн. человек. Количество больных катарактой существенно возросло в течение последних десятилетий, причем, еще более заметный рост заболеваемости прогнозируется в ближайшем будущем. По данным ряда авторов более 60% операций, выполняемых в офтальмологических учреждениях, проводятся по поводу катаракты [2,14-16,18-20].

Катаракта имеет значительное распространение, как в развивающихся странах, так и в развитых. Установлено, что более 53 млн. человек в мире потеряли трудоспособность из-за катаракты, причем 52 млн. из них проживают в развивающихся странах. Можно отметить, что распространенность катаракты среди жителей развитых стран так же достаточно высока. Например, в США катаракту имеют 20,5 млн. (17,2%) жителей старше 40 лет, из них 42% - в возрасте от 52 до 64 лет, 60% - в возрасте от 65-74 лет, 91%- в возрасте 75-85 лет [14,19].

В Украине ежегодно регистрируется свыше 3 миллионов обращений граждан за медицинской помощью при заболеваниях глаз. В структуре глазной заболеваемости последние 10 лет катаракта занимает второе место (11%) после заболеваний конъюнктивы (30,7%) [1,11-13].

Анализ последних публикаций. Благодаря использованию новейших хирургических технологий и современной аппаратуры количество инвалидов, слепота которых связана с катарактой, в Украине за последние 10 лет сократилось с 10% до 1% [1,9,11,12].

Однако даже при высоком мастерстве офтальмохирурга и качественном техническом обеспечении операции при хирургическом лечении катаракты в определенном проценте случаев наблюдаются различные послеоперационные осложнения. К ним относятся: кистозный макулярный отек, иридоциклит, отек роговицы, дислокация ИОЛ, инфекционный эндофтальмит, разрыв или отслойка сетчатки [2,3,7,8,17]. Каждое из этих осложнений, по данным разных авторов, встречается достаточно редко (в 0,3-3,3% случаев), а весь объем осложнений после факоэмульсификации катаракты может достигать 8,7%.

Выделение не решенных ранее частей проблемы. Стандартом лечения катаракты в большинстве стран мира является хирургия одного дня, что сокращает необходимость в коечном фонде и приводит к экономии энергоносителей и материальных ресурсов. Амбулаторная хирургия также существенно снижает эмоциональные, физические и материальные затраты пациента.

Результаты лечения катаракты зависят не только от применяемой аппаратуры и технологий, а также навыков и умений хирурга, но и от целого ряда сопутствующих факторов, которые определяют существование группы риска осложнений. В условиях Украины переход на амбулаторное лечение катаракты имеет ряд ограничений, что обусловлено пожилым и старческим возрастом основной массы пациентов, наличием у них значительного количества соматических и глазных заболеваний [4-6]. Требуют дальнейшего изучения структура послеоперационных осложнений, причины их возникновения, основные показания к стационарному или амбулаторному лечению катаракты.

Целью исследования явилась оценка структуры осложнений при лечении катаракты и сопутствующей заболеваемости пациентов с позиций перехода на амбулаторное лечение катаракты.

Основной материал исследований. Было проанализировано 700 историй болезни пациентов, прооперированных в Харьковской городской клинической больнице №14 им. проф. Л.Л. Гиршмана. В исследуемой группе было 399 (57%) женщин и 301(43%) мужчина. Во всех возрастных группах количество мужчин и женщин было близкое, только в группе (71 -80) лет женщин было вдвое больше, чем мужчин, что может быть связано с большей продолжительностью жизни женщин.

Одной из причин послеоперационных осложнений является зрелая катаракта, что связано с необходимостью более длительного использования ультразвука при факоэмульсификации в сравнении с начальной и незрелой катарактой. Анализ распределения пациентов исследуемой группы в зависимости от стадии катаракты позволил установить, что зрелую катаракту к моменту операции имели 210 пациентов, что составило (30±1,8)% от всей группы больных, из них - 84 (12±1,3)% мужчины и 126 (18±1,5)% женщин. Незрелая катаракта была у 364 (52±2,0)% пациентов (161 (23±1,6)% мужчина и 203 (29±1,8)% женщины), начальная - у 126 (18±1,5)% пациентов (56 (8±1,1)% мужчин и 70 (10±1,2)% женщин). Установлено, что достоверно чаще зрелая катаракта встречалась в группе женщин (х2=4,6; р<0,05), также чаще, чем в группе мужчин, в этой группе встречалась незрелая катаракта (х2=12,9; p<0,05).

Анализ влияния стадии катаракты на частоту встречаемости осложнений с использованием таблиц сопряженности и показателя отношения шансов OR показал, что осложнения достоверно чаще встречались при зрелой катаракте (х2=3,95; OR=1,8; p<0,05), чем при других стадиях заболевания.

При оценке глазного статуса у пациентов были выявлены близорукость высокой степени, глаукома, заболевания сетчатки и зрительного нерва. В обследованной группе пациентов встречались разные виды катаракты (возрастная, травматическая, осложненная, лучевая, токсическая, вызванная общими заболеваниями, врожденная). У 574 (82±4,9)% пациентов была выявлена возрастная катаракта.

Среди пациентов было 79 (11,3±1,1)% человек с высокой близорукостью, 84 (11,9±1,2)% - с глаукомой, 69 (10±1,2)% - с заболеваниями сетчатки, 14 (2,0±0,5)% - зрительного нерва, 455 (64,9±1,9)% пациентов не имел глазной патологии, сопутствующей катаракте. Анализ структуры сопутствующих катаракте глазных заболеваний показал, что наиболее распространенной патологией в группе пациентов были близорукость и глаукома ((23,2±1,7)% от общего количества больных).

Катаракта, осложненная глаукомой, по данным литературы наблюдается в 17-38,6% случаев [8]. К основным осложнениям, возникающим при хирургии катаракты, сочетающейся с осложненной открытоугольной глаукомой, относятся: отек роговицы, воспалительные реакции глаза, выпадение фибрина в передней камере, гипотония, гифема [10].

В нашем исследовании сочетание глаукомы и катаракты выявлено у 56 (7,8±1,2)% больных. В связи с возможным влиянием наличия глаукомы на исход хирургического лечения катаракты и возникновение послеоперационных осложнений, нами был проведен более детальный анализ всех случаев катаракты, осложненной глаукомой. В группе мужчин такое сочетание выявлено у 36 (12,1±2,1)% больных, средний возраст которых составил (76±8,7) лет с размахом от 53 до 88 лет. Среднее время пребывания на стационарном лечении этих больных составило (6,3±3,1) суток, причем в 25 случаях это время превышало 7 суток. В группе женщин сочетание глаукомы и катаракты выявлено у 22 (5,5±1,4)% больных, средний возраст которых составил (74±8,2) года с размахом от 54 до 91 года. Среднее время пребывания на стационарном лечении было (6,0±2,4) суток, причем в 15 случаях это время превышало 6 суток. Оценка влияния сочетания глаукомы с катарактой на развитие послеоперационных осложнений показала наличие значимоговлияния (х2=13,9; ОК=3,72; р<0,05). Значение показателя ОЯ указывает, что глаукома у больных катарактой повышает риск послеоперационных осложнений в 3,7 раза в сравнении с больными, у которых глаукомы нет.

Анализ заболеваемости больных (табл. 1) показала, что наиболее распространенными сопутствующими катаракте заболеваниями были ишемическая болезнь сердца - 200 (28,9±2,0)% и гипертоническая болезнь -235 (34,6±2,1)% больных. Кроме того у 44 (6,7±1,1)% больных имелись заболевания суставов, у 89 (12,8±1,5)% - сахарный диабет. Заболевания органов дыхания выявлены у 161 (23±5,4)% пациента, щитовидной железы - 91 (13±4,3)%, ЖКТ - 175 (25± 5,6)%, почек -112 (16±4,7)%.

Статистическая оценка влияния сочетания катаракты и ИБС на развитие послеоперационных осложнений показала наличие значимого влияния (х2=10,7; ОЯ=2,5; р<0,05). Значение ОЯ указывает на то, что у пациентов с ИБС риск послеоперационных осложнений в 2,5 раза выше, чем у пациентов, не имеющих ИБС. Оценка влияния ГБ на развитие послеоперационных осложнений у больных катарактой также показала наличие значимого влияния (Х2=4,4; ОЯ=1,8; р<0,05).

Оценка соматической заболеваемости больных катарактой особенно актуальна в свете перехода на амбулаторное лечение, поскольку наличие патологии и систематический прием различных препаратов могут стать причиной возникновения послеоперационных осложнений. На основании проведенного анализа установлено, что 112 (16±1,4)% пациентов не имел сопутствующей патологии, одно сопутствующее заболевание имели 82 (13±1,3)% больных, два - 114(18±1,5)%, три - 146 (23±1,6)%, четыре и более заболеваний имели 171 (27±1,7)% пациент. Таким образом, полученные результаты указывают на сложное соматическое состояние большинства больных, что увеличивает вероятность возникновения послеоперационных осложнений.

Общее количество выявленных интра- и послеоперационных осложнений в анализируемой группе больных составило 60 (8,6±1,1)%, что соответствует мировой статистике осложнений после факоэмульсификации катаракты [14-16,18-20].

Можно отметить, что наиболее часто встречающимися осложнениями были отек роговицы и послеоперационный иридоциклит, наблюдавшиеся в 42 случаях, что составило (6,0±0,9)% от общего количества прооперированных больных. Данные осложнения, в большинстве случаев, являются ответной реакцией глаза на операционную травму.

Отек роговицы был выявлен у 25 пациентов, что составило (3,6±0,7)% от всех больных исследуемой группы, причем корреляции между стадией катаракты и появлением осложнения не выявлено.

Иридоциклит в послеоперационном периоде имел место у 17 (2,4±0,6)% больных. Из этих пациентов у 11 была незрелая катаракта, у 2-х - начальная и у 4-х - зрелая, что также указывает на отсутствие влияния стадии катаракты на появление данного осложнения.

Цилиохориоидальная отслойка была выявлена у 9 (1,3±0,4)% больных, которым были проведены комплексные оперативные вмешательства (экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ в сочетании с антиглаукоматозной операцией). У 4-х больных с этим осложнением была зрелая катаракта, у 2-х - незрелая, у 3-х - начальная.

Более тяжелых осложнений, описанных в литературе [14-20], в исследованной группе прооперированных больных не было.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Катаракта занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний глаза и его придатков и является наиболее частой причиной устранимой слепоты. Благодаря совершенствованию современной офтальмологической аппаратуры и применяемых технологий, а также мастерства офтальмохирургов стандартом лечения катаракты в мире является хирургия одного дня. Такой подход позволяет упростить саму процедуру лечения и послеоперационный период, значительно сократить расходы лечебных учреждений. С другой стороны, амбулаторное лечение катаракты подходит далеко не всем пациентам. Ограничениями являются тяжелая соматическая патология (хроническая почечная и легочная недостаточность, декомпенсация других жизненно важных функций), болезнь Альцгеймера, олигофрения, онкопатология в сочетании с двухсторонней зрелой катарактой. При выборе между стационарным и амбулаторным лечением следует учитывать и сопутствующую глазную патологию, которая может стать причиной послеоперационных осложнений.

Анализ историй болезней 700 больных позволил проанализировать структуру сопутствующей катаракте патологии и послеоперационных осложнений, а также оценить риск развития послеоперационных осложнений.

Наиболее частыми осложнениями хирургического лечения катаракты были отек роговицы (3,6±0,7)%, иридоциклит (2,4±0,6)% и цилиохорио- идальная отслойка (1,3±0,4)%, которая наблюдалась после комплексных оперативных вмешательств при катаракте, сочетающейся с глаукомой.

Основной сопутствующей катаракте соматической патологией являются гипертоническая болезнь, которая встречалась у (34,6±2,1)% больных, и ишемическая болезнь сердца - у (28,9±2,0)% больных, наличие которых может являться одним из факторов развития послеоперационных осложнений. При гипертонической болезни риск развития послеоперационных осложнений у больных катарактой повышается в 1,8 раза, а ишемической болезни сердца - в 2,5 раза в сравнении с больными, не имеющими этой патологии.

Сочетание глаукомы и катаракты выявлено у (7,8±1,2)% больных и повышает риск послеоперационных осложнений в 3,7 раза в сравнении с больными, у которых глаукомы нет.

Наличие у пациента зрелой катаракту повышает риск развития послеоперационных осложнений в 1,8 раза в сравнении с другими стадиями катаракты. хирургический лечение катаракта глаукома

Перспективой дальнейших исследований является научное обоснование показаний к амбулаторному и стационарному лечению катаракты в зависимости от наличия у пациента сопутствующей соматической и глазной патологии.

Литература

1. Бездітко П.А. Стан офтальмологічної допомоги населенню в Україні /П.А. Бездітко, Н.В. Бездітко // Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі. Довідник лікаря. - Київ. -2008. Видавничій дім «Здоров’я України». - С.27-29.

. Катаракта [Текст]: моногр. / З. Ф. Веселовская [и др.]; ред. З. Ф. Веселовская. - К.: Книгаплюс, 2002. - 208 с.].

. Катаракта. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. -2015. Ковтун М.И. Анализ гендерных особенностей сроков обращения за хирургической помощью при катаракте / М.И. Ковтун //Вестник проблем биологии и медицины. - 2012. -Вып.4, том 2 (97). - С. 91-95.

. Ковтун М.И. Результаты оценки структуры сопутствующей заболеваемости больных катарактой / М.И. Ковтун //Вестник проблем биологии и медицины. - 2012. -Вып.4, том1(96). - С.120-124.

. Ковтун М.И. Медико-социальная характеристика больных катарактой / М.И. Ковтун //Вестник проблем биологии и медицины. - 2015. - Вып.2, том 3 (120). - С. 135-139.

. Ковтун М.И. Особенности организации офтальмологической помощи больным катарактой в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине / М.И. Ковтун // Архів офтальмології України. -2015. -Т3, №2. -С.14-19.

. Курмангалиева М.М. Хирургическое лечение глаукомы в сочетании с катарактой /М.М. Курмангалиева.

. Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі: довідник лікаря / за ред. С. О. Рикова. - Київ: Доктор медіа, 2008. - 357 с.

. Прогнозирование ранних послеоперационных осложнений при одномоментном хирургическом лечении катаракты и открытоугольной глаукомы/ Х. П. Тахчиди [и др.] // Офтальмохирургия. 2009. - №2 - С.8-13.

. Риков С.О. Організація кваліфікованої та висококваліфікованої офтальмологічної допомоги населенню України в рамках інтегративно-дифе- ренційованої моделі / С.О. Риков // Галиц. лікар. вісник. - 2003. - Т. 10, №4. - С. 108-113.

. Слабкозорість та сліпота. Стан проблеми та шляхи її розв’зання у рамках глобальної ініціативи ВООЗ «VISIONN-2020» // Сліпота та слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні. Довідник лікаря. Київ. -2011. - Видавничій дім «Здоров’я України». - С.13-29.

. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо- спеціалізованої) медичної допомоги. Катаракта. - Наказ МОЗ України від 28.01.2016р. № 49.

. Chitkara D.K. Pathophysiology and Epidemiology of Cataract / D.K. chitkara, A.B. Hall, A.R. Rosental // Free Medical Textbook. Chapter 35 (2011).

. Clark A. Whole population trends in complications of cataract surgery over 22 years in Western Australia/ A. Clark, N. Morlet, J.Q. Ng // Ophthalmology. - 2011. -Vol.118. - P.1055-1061.

. Greenberg P.B. Prevalence and predictors of ocular complications associated with cataract surgery in United States veterans / P. B. Greenberg, V.L. Tseng, W.C. Wu // Ophthalmology. - 2011. -Vol.118. -P. 507-514.

. Kovtun M.I. Assessment result of cataract stages distribution and concomitant diseases structure/ M.I. Kovtun //East European Scientific Journal -2016. -№ 6, Vol.1 - P. 48-52.

. Powe N.R. Cataract Patient Outcome Research Team. Synthesis of the literature on visual acuity and complications following cataract extraction with intraocular lens implantation / N.R. Powe, O.D. Schein, S.C. Gieser //Arch. Ophthalmol. - 1994. - Vol.112. - P.239-252.

. The Cataract National Dataset electronic multi-centre audit of 55 567 operations: updating benchmark standards of care in the United Kingdom and internationally / Jaycock P., Johnston RL, Taylor H [et al.] // Eye. -2007. - Vol.23(1). -P.38-49.