ISSN 2312-4725

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит с 2014 года
Электронная версия www.eyepress.ru

№ 5 (25)

2018

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАТАРАКТАЛЬНОЙ И РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

Общество офтальмологов России
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

сация комплекса ИОЛ с капсульным мешком. В одном случае (9%) во время проведения шва наблюдалось кровоизлияние в стекловидное тело, которое потребовало проведения закрытой передней витрэктомии 27G. Ранний послеоперационный период протекал во всех случаях без особенностей, кроме того, отмечалось отсутствие иридонеза и послеоперационного астигматизма. Зрительные функции улучшились у всех пациентов и соответствовали исходному состоянию глаза и степени сохранности зрительного нерва и сетчатки. Острота зрения составила от 0,3 до 1,0 с коррекцией. В 2-х случаях наблюдалась транзиторная офтальмогипертензия до 30 мм рт.ст., купированная на каплях в сроки до 1 мес.

ВЫВОДЫ

1. Методика хирургической репозиции и фиксации комплекса «ИОЛ + капсульный мешок» с применением бандажных швов позволяет надежно восстанавливать правильное анатомическое положение ИОЛ.

2. Метод является безопасным и малотравматичным, а возможные осложнения легко устранимы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д.И., Кремешков М.В., Бардасов Д.Б. Технология и результаты лечения люксированных и сублюксированных комплексов интраокулярной линзы с капсульным мешком // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2011 (сборник науч. ст.). – М., 2011. – 113-116.

2. Иошин И.Э., Руднева М.А., Алиев Э.Г., Узунян Д.Г., Мамедов И.З. Показания к хирургическому лечению у пациентов с децентрацией ИОЛ // Офтальмохирургия. – 2005. – № 2. – С. 9-14.

3. Малюгин Б.Э. Хирургия катаракты и интраокулярная коррекция: итоги и перспективы // IX Съезд офтальмологов России. – М., 2010. – 192-195.

4. Юсеф Ю.Н., Юсеф С.Н., Аветисов К.С., Введенский А.С. Методика хирургической коррекции дислокации внутрикапсульной интраокулярной линзы // Вестник офтальмологии. – 2016. – № 1. – С. 53-56.

5. Gimbel H., Condon G., Kohnen T., Olson R., Halkiadakis I. Late in-the-bag intraocular lens dislocation: Incidence, prevention, and management // J. Cataract Refract Surg. – 2005. – 31. – 2193-2204.

6. Gross J., Kokame G., Weinberg D. In-the-bag intraocular lens dislocation // Am. J. Ophthalmol. – 2004. – 137. – 630-635.

7. Kim S., Smiddy W., Feuer W., Shi W. Management of dislocated intraocular lenses // Ophthlmology. – 2008. – 115. – 1699-1704.

8. Maguire A.M., Blumenkranz M.S., Ward T.G., Winkelman J.Z. Scleral loop fixation for posteriorly dislocated intra- ocular lenses; operative technique and long-term results // Arch. Ophthalmol. – 1991. – Vol. 109. – P. 1754-1758.

Фролычев И.А.[1], Паштаев Н.П.[1, 2], Поздеева Н.А.[1, 2], Сычёва Д.В.[2]

Эндофтальмиты после катарактальной хирургии в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

[1]ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Чебоксарский филиал;

[2]ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, Чебоксары

РЕФЕРАТ

Актуальность. По данным современной мировой литературы частота развития эндофтальмитов после экстракции катаракты составляет без применения интракамерального введения антибиотиков 0,3-1,2%, с применением – 0,014-0,08%. Ориентируясь на мировые данные, процент эндофтальмитов в России должен составлять не менее 0,3%.

Цель. Анализ результатов лечения больных с эндофтальмитом после катарактальной хирургии в филиале за последние 2,5 года.

Материал и методы. В период с января 2016 по июнь 2018 гг. непосредственно в филиале пролечено 7 пациентов с эндофтальмитом после катарактальной хирургии, возникших в Чебоксарском филиале «НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Процентное соотношение данно-

Таблица 1

Данные пациентов до возникновения эндофтальмитов

	Возраст	До эндофтальмита		
		КОЗ до начала лечения	НКОЗ после операции (при выписке, 1 сутки после операции)	Имеющаяся сопутствующая глазная патология
1	59	0,1	0,7	-
2	29	0,4	0,8	-
3	78	0,1	0,8	-
4	58	0,4	0,5	Глаукома
5	72	0,05	0,2	ВМД
6	62	0,05	0,7	-
7	61	0,1	0,8	-

го осложнения к общему количеству выполненных факоэмульсификаций катаракты (10930) составило 0,064%. После удаления катаракты все пациенты обратились повторно в клинику вследствие резкого снижения зрения и появления болевого синдрома в сроки 1-2 дня от первых признаков возникшего осложнения. Всем больным выполнена витреальная хирургия в течение 3-6 часов с момента поступления. Тактика лечения включала в себя выполнение витрэктомии с тампонадой витреальной полости перфторорганическим соединением (до 14 суток) и интравитреальным введением в конце операции 1 мг ванкомицина и 2,25 мг цефтазидима. На 2-3 сутки дополнительно выполняли интравитреальное введение антибиотика в зависимости от результатов бактериологического исследования. По мере стихания воспалительной реакции глаза на 7-14 сутки выполняли удаление перфторорганического соединения или его замену на силиконовое масло.

Результаты. У всех 7 пациентов удалось сохранить зрительные функции. После проведенного лечения корригированная острота зрения (КОЗ) при выписке соответствовала 0,33±0,24 (min=0,1; max=0,8), через 6 мес. – 0,43±0,22 (min=0,2; max=0,8).

Заключение. Система организации медицинской помощи в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» пациентам с катарактальной патологией позволяет поддерживать процент эндофтальмитов ниже общемирового уровня. Возможность экстренно оказать качественную витреоретинальную помощь позволяет сохранить пациентам зрение даже при возникновении данного тяжелого осложнения.

По данным современной мировой литературы частота развития эндофтальмитов после экстракции катаракты без применения интракамерального введения антибиотиков составляет 0,3-1,2%, с применением – 0,014-0,08% [1, 2, 6-8]. Большой проблемой катарактальной хирургии России является отсутствие на фармакологическом рынке профилактического антибактериального препарата для интракамерального введения. Это обстоятельство повышает вероятность развития послеоперационного эндофтальмита [8]. Ориентируясь на мировые исследования, частота эндофтальмита в России после экстракции катаракты должна составлять не менее 0,3%. Проводимый ежегодный мониторинг качества оказания медицинской помощи пациентам, а также анализ возникших осложнений показал, что в Чебоксарском филиале за последние 20 лет частота послеоперационных эндофтальмитов к общему количеству полостных операций не превышала 0,12%. Подобные статистические данные прослеживаются и в работе других филиалов системы ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» [5].

ЦЕЛЬ

Анализ результатов лечения больных с эндофтальмитом после катарактальной хирургии в филиале за последние 2,5 года.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с января 2016 г. по июнь 2018 г. непосредственно в филиале пролечено 7 пациентов с эндофтальмитом после катарактальной хирургии, выполненной в клинике. Процентное соотношение данного осложнения к общему количеству выполненных факоэмульсификаций катаракты (10930) составило 0,064%. После удаления катаракты все пациенты были выписаны домой на первые сутки после операции, однако обратились повторно в клинику вследствие резкого снижения зрения и появления болевого синдрома в сроки 1-2 дня от первых признаков возникшего осложнения. Всем установлен диагноз эндофтальмита. Данные пациентов до возникновения эндофтальмита отражены в *табл. 1.*

Таблица 2

Результаты хирургического лечения эндофтальмитов

	Эндофтальмит					
	Возникновение (сутки после операции)	КОЗ перед началом лечения	Начало хирургического лечения (сутки)	Выявленный возбудитель	КОЗ после проведенного лечения (при выписке)	КОЗ после проведенного лечения (через 6 мес)
1	4	0,04	2	не установлен	0,2	0,3
2	3	0,08	1	не установлен	0,8	0,8
3	3	pr. l. inc.	1	Enter. faecium	0,3	0,5
4	3	сч. пальц.	1	St. epidermidis	0,5	0,3
5	4	pr. l.c.	1	St. epidermidis	0,1	0,2
6	3	pr. l.c.	2	не установлен	0,2	0,5
7	4	сч. пальц.	2	St. epidermidis	0,2	-

Всем больным выполнена витреальная хирургия в течение 3-6 часов с момента поступления. Тактика лечения включала в себя выполнение витрэктомии с тампонадой витреальной полости перфторорганическим соединением (до 14 суток) и интравитреальным введением в конце операции 1 мг ванкомицина и 2,25 мг цефтазидима [3]. На 2-3 сутки дополнительно выполняли интравитреальное введение антибиотика в зависимости от результатов бактериологического исследования [4]. В зависимости от интенсивности снижения воспалительной реакции глаза на 7-14 сутки выполняли удаление перфторорганического соединения или его замену на силиконовое масло.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех 7 пациентов удалось сохранить зрительные функции. После проведенного лечения корригированная острота зрения (КОЗ) при выписке соответствовала 0,33±0,24 (min=0,1; max=0,8), через 6 мес. – 0,43±0,22 (min=0,2; max=0,8) *(табл. 2)*.

ВЫВОДЫ

Система организации медицинской помощи в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» пациентам с катарактальной патологией позволяет поддерживать процент эндофтальмитов ниже общемирового уровня. Возможность экстренно оказать качественную витреоретинальную помощь позволяет сохранить пациентам зрение даже при возникновении данного тяжелого осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казайкин В.Н., Пономарев В.О. Исторические аспекты лечения острых бактериальных послеоперационных эндофтальмитов. Обзор литературы // Офтальмология. – 2016. – Т. 13, № 2. – С. 69-73.

2. Казайкин В.Н., Пономарев В.О., Тахчиди Х.П. Современные аспекты лечения острых бактериальных послеоперационных эндофтальмитов // Офтальмология. – 2017. –Т. 14, № 1. – С. 12-17.

3. Патент РФ № 2633340. Способ хирургического лечения эндофтальмитов / Паштаев Н.П., Поздеева Н.А., Фролычев И.А.; Заявитель и патентообладатель Чебоксарский филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С. Н. Федорова»; Заявл. 11.08.2016; Опубл. 11.10.2017 // Бюл. – 2017. – № 29. – 8 с.

4. Патент РФ № 2655801. Способ проведения бактериологического исследования при хирургическом лечении послеоперационного эндофтальмита с учетом этиологии заболевания / Поздеева Н.А., Фролычев И.А.; Заявитель и патентообладатель Чебоксарский филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С. Н. Федорова»; Заявл. 01.06.2017; Опубл. 29.05.2018 // Бюл. – 2018. – № 16. – 7 с.

5. Попова Е.В., Фабрикантов О.Л. Анализ случаев эндофтальмита в Тамбовском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» // Вестник Тамбовского университета. Сер.: Естественные и технические науки. – 2017. – Т. 22, № 4. – С. 704-707.

6. Фролычев И.А., Поздеева Н.А. Витрэктомия с временной эндотампонадой ПФОС с заменой на силиконовое масло в лечении послеоперационных эндофтальмитов // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2013. – Т. 153, № 4. – С. 287-290.

7. Фролычев И.А., Поздеева Н.А. Послеоперационный эндофтальмит. Обзор литературы // Практическая медицина. – 2017. – Т. 1, № 9 (110). – С. 192-195.

8. Barry P., Cordovés L., Gardner S. ESCRS Guidelines for Prevention and Treatment of Endophthalmitis Following Cataract Surgery: Data, Dilemmas and conclusion. – 2013. – P. 44.