

клянных инородных тел составила 78 и 91 %, специфичность – 69 и 78 %, точность – 62 и 85 % соответственно.

**Вывод.** КТ и МРТ являются наиболее информативными дополнительными методами исследования в локализации инородных тел орбиты при сквозном ранении глазного яблока, определении тактики хирургического лечения.

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОГО ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

<sup>1</sup>Р. С. Елоков, <sup>1</sup>Н. С. Давыдова, <sup>2</sup>А. Г. Гринев

<sup>1</sup>Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн;

<sup>2</sup>ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия», Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

**Актуальность.** Несмотря на существующие современные методики и средства проведения анестезиологического пособия, у пациентов пожилого и старческого возраста остается достаточно высоким процент отказа в оказании плановой офтальмохирургической помощи. Это связано с наличием сопутствующей соматической патологии, высоким риском хирургического вмешательства и анестезиологического пособия. Хирургическое лечение катаракты и других заболеваний в амбулаторных условиях или в стационаре одного дня, когда пациент проводит в клинике непродолжительное время, заставляет врача-анестезиолога искать новые пути оптимизации анестезиологического сопровождения пациентов. А это требует проведения анализа причин отказа в оказании плановой офтальмохирургической помощи у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Цель исследования** – проведение анализа причин отказа в оказании плановой офтальмохирургической помощи у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией (по классификации ВОЗ); изучение возможности лечения сопутствующей патологии пациентов пожилого и старческого возраста для подготовки к последующему плановому офтальмохирургическому лечению.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ историй болезней пациентов, поступивших на плановое хирургическое лечение в Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн (СОКГВВ) в 2009–2010 гг.

**Результаты и обсуждение.** По результатам анализа 3908 историй болезни был выявлен структурный состав пациентов с глазными забо-

леваниями, нуждающихся в хирургическом лечении. В среднем 76,7 % составили пациенты с катарактами; 3,4 % – с глаукомой; 4,6 % – с заболеваниями придаточного аппарата глаза; 4,8 % – с дегенеративными заболеваниями сетчатки и роговицы; 3,8 % – с новообразованиями глазного яблока и придаточного аппарата; 6,7 % – с другими заболеваниями или последствиями травмы глаза.

**Структурный состав групп пациентов с сопутствующей соматической патологией (по классификации ВОЗ)**

Группа	Диагноз пациентов	Количество		В процентах	
		2009	2010	2009	2010
I	ИБС: нестабильная стенокардия	18	17	13,68	13,26
	Тяжелые нарушения ритма	8	8	6,08	6,24
	Поражение миокарда и клапанного аппарата сердца с ФВ менее 30 %	6	5	4,56	3,9
	Бактериальный эндокардит	1	0	0,76	0
II	Ближайший период после перенесенной ОНМК, менее 6 месяцев ХНМК, ДЭП 3-4-й степени	8 3	9 3	6,08 2,28	7,02 2,34
	Высокий риск возникновения повторного ОНМК	6	7	4,56	5,46
III	Сахарный диабет II типа, тяжелое течение, декомпенсация	10	12	7,6	9,36
IV	Поражение легких, ДН 2-3-й степени	5	5	3,8	3,9
	Анемия тяжелой степени, различной этиологии	9	9	6,84	7,02
	Онкопатология, терминальная стадия	2	3	1,52	2,34
<i>Всего</i>		76	78	100	100

Из общего числа пациентов, поступивших в глазное отделение в 2009–2010 гг., 154 было отказано в проведении планового хирургического лечения, в 98 % случаев – пациентам с катарактой. От общего числа оперативное лечение не проведено 76 (5,4 %) и 78 (4,8 %) пациентам в 2009 и 2010 гг. соответственно в связи с тяжестью сопутствующей соматической патологии, высоким риском хирургического вмешательства и анестезиологического пособия. По результатам анализа сопутствующей соматической патологии были выделены четыре группы пациентов. Формирование групп происходило на основе преобладания поражения или декомпенсации одной из четырех систем (см. таблицу).

В группу I вошли пациенты с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы, средний возраст составил 79,6±8,6 года. В

группу II вошли пациенты с преобладанием патологии центральной нервной системы, средний возраст  $83,4 \pm 6,9$  года. Группа III сформирована из пациентов с поражением эндокринной системы (сахарный диабет второго типа, тяжелое течение, декомпенсация), средний возраст  $81,0 \pm 4,3$  года. Группа IV – прочие, в ее состав вошли пациенты с заболеваниями легких при дыхательной недостаточности 2–3-й степени, с анемиями тяжелой степени, различной этиологии, в том числе страдающие онкологической патологией, с 4-й степенью риска сердечно-сосудистых осложнений и 3-й степенью тяжести операционно-анестезиологического риска по классификации American Society of Anesthesiologists, средний возраст  $79,1 \pm 5,2$  года.

При поступлении все пациенты имели на руках результаты стандартных методов обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, флюорографию органов грудной полости. При подозрении на наличие сопутствующей патологии в условиях многопрофильной клиники СОКПГВВ была возможность провести более глубокое обследование. Дополнительно пациентам группы I назначались УЗИ сердца, Холтеровское мониторирование, консультации кардиолога, аритмолога, кардиохирурга; в группе II – консультация невролога, МРТ/КТ и УЗИ сосудов головного мозга; в группе III пациентам проводилось обследование: гликемический профиль и консультация эндокринолога; в группе IV – спирография, рентгенография органов грудной клетки, консультации пульмонолога, онколога, гематолога.

После этого решался вопрос о возможности ближайшего или отдаленного отсроченного планового хирургического лечения. Для подготовки к ближайшему плановому хирургическому лечению некоторым пациентам назначалась корригирующая терапия сопутствующей патологии, которая проводилась либо в офтальмохирургическом отделении, либо в других профильных отделениях госпиталя (31 и 38 в 2009 и 2010 гг. соответственно). Для подготовки к отдаленному плановому хирургическому лечению пациенты направлялись в другие профильные учреждения города или области.

В результате этого значительную часть пациентов от общего числа лиц, которым было отказано в хирургическом лечении, удалось подготовить для проведения планового оперативного лечения в ближайшем или отдаленном отсроченном периоде:

1) из группы I – после медикаментозного восстановления сердечно-сосудистого ритма – 4 человека (2,6 %), после хирургической коррекции (абляции или имплантации электрокардиостимулятора) – 9 человек (5,8 %), после

нормализации коронарного кровотока – 21 (13,6 %). Важно отметить, что пациенты из этой группы оперировались в офтальмохирургическом отделении через 6 месяцев после проведенного лечения и оценки его эффективности;

2) в группе II – 5 человек (3,2 %);

3) из пациентов группы III – 20 человек (12,9 %) после подбора адекватной, снижающей сахар крови терапии и стабилизации гликемии;

4) в группе IV – 5 пациентов (3,2 %) с железодефицитной анемией, после подъема уровня гемоглобина выше 80 г/л и уровня эритроцитов больше  $3,0 \cdot 10^{12}/л$ .

#### **Выводы.**

1. Проведен анализ причин отказа в проведении планового офтальмохирургического лечения у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией.

2. Лечение сопутствующей патологии в профильных учреждениях позволило в ближайшем или отдаленном отсроченном периоде прооперировать 41,3 % пациентов (64 человека), которым ранее было отказано в проведении оперативного лечения.

### **ТЕХНОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДШИВАНИЯ ЛЮКСИРОВАННЫХ И СУБЛЮКСИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ С КАПСУЛЬНЫМ МЕШКОМ**

*Д. И. Иванов, М. В. Кремешков*

*МНТК «Микрохирургия глаза», г. Екатеринбург.*

**Актуальность.** Дислокация комплекса интраокулярной линзы (ИОЛ) с капсульным мешком относится к поздним осложнениям хирургии катаракты и не всегда зависит от проблем, встречающихся в ходе проведения операции. По данным разных авторов, децентрация или дислокация наблюдается в 0,2–3 % случаев [1, 5, 6]. Основные причины дислокации ИОЛ связаны с прогрессирующим нарушением связочного аппарата хрусталика, в результате псевдоэкзофалиативного синдрома, грубого фиброза капсульного мешка, травм, глаукомы, миопии, реже – другой патологии [1, 4–6]. В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению частоты настоящего осложнения, что обусловлено современными требованиями к хирургии катаракты – выполнение капсулорексиса, факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ в капсульный мешок [2, 4]. Фиброз капсульного мешка и лизис цинновых связок происходит несмотря на отсутствие интраоперационных осложнений и в