

Цель исследования

Оптимизация анестезиологической защиты от операционного стресса пациентов офтальмохирургического стационара одного дня.

Материалы и методы

Ретроспективно были изучены 96 историй болезни пациентов, прооперированных в клинике «Профессорская Плюс» по поводу катаракты. Средний возраст больных составил $76 \pm 3,6$ лет. Продолжительность анестезиологического вмешательства $22 \pm 1,2$ мин. Все пациенты были осмотрены анестезиологом в день операции с учетом лабораторного контроля включающего в себя: ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ, ФЛГ и заключения специалиста, у которого находятся на диспансерном учете. Степень операционно-анестезиологического риска оценивалась по ASA II-III. На всех этапах операции проводился неинвазивный мониторинг (АД, ЧСС, SpO_2). Дыхание оставалось спонтанным. Для проведения обезболивания и седации использовались бензодиазепин ультракороткого действия, мидазолам («Дормикум») и кеторолак, принадлежащий к классу нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), в сочетании с субтеноновой или внутрикамерной анестезией лидокаином.

Результаты

Значительное влияние на состояние пациента оказывает психоэмоциональный стресс, связанный с предстоящей операцией и с необходимостью нахождения в лечебном заведении.

В 84% случаев мы отмечали исходное повышение уровня АД до 170/95 мм.рт.ст. при ЧСС $78 \pm 2,2$ уд. в мин., SpO_2 98%. При введении кеторолака в дозе 30мг, мидазолама 1,25мг (с суммарной дозой, не превышающей 2,5мг), для достижения седации с сохранением сознания и адекватного самостоятельного дыхания. АД снижалось на 15% от исходного уже на этапе экстракции катаракты. После имплантации интраокулярной линзы АД стабилизировалось и сохранялось на протяжении оперативного вмешательства на цифрах 145/80 мм.рт.ст., при этом ЧСС существенно не менялось ($76 \pm 2,4$ уд. в мин.), сатурация

оставалась стабильной. По окончании операции пациенты вновь были осмотрены анестезиологом и после динамического наблюдения в течение 1,5-2 часов направлены домой в сопровождении родственников.

Заключение

Подготовка пациентов на плановые операции в амбулаторных условиях позволяет максимально снизить риск анестезии. Применение НПВС и малых доз бензодиазепинов обеспечивает адекватную седацию при стабильных показателях гемодинамики. Такая комбинация препаратов способствует быстрому восстановлению сознания и позволяет избежать синдрома послеоперационной тошноты и рвоты. Сочетание мидазолама и НПВС с местной или регионарной анестезией предоставляет возможность справиться с послеоперационной болью и избежать передозировки препаратов. Мониторинг оценивает показатели гемодинамики, состояние пациента и позволяет снизить риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

С.А. Коротких^{1,2}, Е.В. Бобыкин^{1,2},
А.Г. Гринёв¹, О.Н. Хабаров¹, С.В. Хлопотов¹,
О.В. Морозова²

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ХРУСТАЛИКА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КЛИНИКИ

¹ ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия,

² Медицинская клиника «Профессорская Плюс», г. Екатеринбург

Актуальность. Современная хирургия катаракты и удаление хрусталика с рефракционной целью могут выполняться амбулаторно, что требует высокой квалификации медицинского персонала, хорошей оснащённости клиники и организации лечебного процесса.

Цель. Проанализировать результаты амбулаторной хирургии хрусталика.

Материал и методы. В 2006-2009гг. в клинике «Профессорская Плюс» проведено 683 операции (551 пациент, средний возраст $66,6 \pm 2,7$ лет, острота зрения до операции в среднем $0,24 \pm 0,07$) по поводу различных видов катаракт (652 глаза - 95,5%) и аметропии (31 глаз - 4,5%). Все пациенты перед хирургическим лечением проходили стандартное обследование, включая консультацию терапевта.

Медикаментозная поддержка за время нашей работы претерпевала определённые изменения и с 2009 года выглядит следующим образом. Предоперационная подготовка включает инстилляцию 0,1% раствора диклофенака натрия в течение 3 дней и 0,5% левофлоксацина в течение 1 дня; по показаниям назначалась общая и местная гипотензивная терапия.

Для обезболивания применялись местная и субтеноновая анестезия с потенцированием. Обязательным условием являлось наличие у врача-анестезиолога специализации и опыта работы с пациентами офтальмохирургического профиля.

Операции проводились в современной операционной, созданной с учётом принципа «чистых помещений». Выполнены ультразвуковая факоэмульсификация через тоннельные разрезы 2,5-2,8 мм на аппаратах AMO Sovereign® Comract и Alcon Laureate® на 676 глазах, механическая факофрагментация на 7 глазах. Интраокулярная коррекция афакии проводилась мягкими линзами фирм Alcon и Rayner, включая торические и мультифокальные. Все операции выполнены хирургами, имеющими опыт работы в катарактальной хирургии не менее 10 лет.

После операции пациенты получают парабульбарно бетаметазон (3,5 мг/0,5 мл, однократно); эпibuльбарно 0,1% диклофенак и 0,5% левофлоксацин – 2 недели, 0,1% дексаметазон – 4 недели.

Результаты. Тяжёлых интра- и послеоперационных осложнений, а также отрицательной динамики зрительных функций не выявлено. На первые сутки после операции выявлялись

реактивная гипертензия (17,5% случаев), отёк роговицы (5%), признаки воспаления (циклит, клеточная реакция I-II степени – 1,3%), которые купировались на фоне проводимого лечения в течение 3-8 дней. Средняя острота зрения при выписке составила $0,76 \pm 0,11$.

Заключение. Наш опыт доказывает высокую эффективность и безопасность хирургии хрусталика в амбулаторных условиях. Для оптимизации полученных результатов мы считаем необходимым постоянно совершенствовать, как микрохирургическую технику, так и медикаментозное сопровождение операций в соответствии с современными достижениями научной и практической офтальмологии.

М. В. Крушинин

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОФТАКВИКС» В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ В СОЧЕТАНИИ С ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ

ГУЗ Свердловская областная клиническая больница №1, I офтальмологическое отделение, г. Екатеринбург

Актуальность

Послеоперационная инфекция, по данным литературы, наблюдается в 0,5–1,5% случаев экстракции осложнённой катаракты. Исследованиями последних лет доказано, что для осложнённых катаракт, независимо от их этиологии, характерна генерализация патологического процесса с вовлечением в него жизненно важных структур глаза. Эти осложнения могут возникать при наличии псевдоэксфолиативного синдрома (ПЭС). Пациенты с ПЭС относятся к группе высокого риска развития постоперационного развития воспалительных и транзиторных фибриноидных реакций. В послеоперационном периоде после офтальмологических операций для профилактики и