

УДК - 617.7-002.151.5-089

ББК - 56.7

## АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЭКСПУЛЬСИВНОЙ ГЕМОРРАГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ФОРМЫ

Щенникова А.Г.<sup>1</sup>, Меркулова Н.В.<sup>1</sup>, Рыкун В.С.<sup>1</sup>, Кузнецова Н.В.<sup>2</sup>,  
Быкова Е.В.<sup>2</sup>

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра глазных болезней, г.  
Челябинск, Россия

<sup>2</sup> ГБУЗ ЧОКБ, г. Челябинск, Россия

Экспульсивная геморрагия (ЭГ) является грозным осложнением в офтальмохирургии. В клинической картине ЭГ наблюдается пролапс радужки, выпадение стекловидного тела и оболочек после внезапного разрыва сосуда и заполнения супрахориоидального пространства кровью [4]. Частота ЭГ по данным разных авторов варьирует от 0,04 до 3% оперированных больных [1,3].

К причинам развития ЭГ относят момент декомпрессии при вскрытии глазного яблока во время оперативного вмешательства [4], глазной вакуум-синдром (синдром послеоперационного распрямления жесткой склеры) [5], потерю стекловидного тела во время операции, перегрузку хориоидеи (отек, неоваскуляризация, хронические увеиты), длительную гипотонию глаза, неадекватную анестезию [4].

Предрасполагающими факторами ЭГ являются пожилой возраст, артериальная гипертензия, атеросклероз, продвинутые стадии глаукомы, высокое внутриглазное давление, миопия высокой степени, диабетическая ретинопатия [2,3].

Существует деление экспульсивной геморрагии на незавершившуюся (неполную) и завершившуюся (полную) с выпадением внутриглазных оболочек в операционную рану. По времени возникновения ЭГ делят на интраоперационные (возникающие в ходе проведения операции) и отсроченные, развивающиеся в раннем послеоперационном периоде (до 10 дней) [4].

**Цель работы:** провести анализ исходов ЭГ зависимости от ее формы.

**Материал и методы:**

В период с 2011 - 2013 г.г. мы наблюдали 26 больных, у которых при оперативном лечении катаракты возникла ЭГ, что составило 1,6% от всех случаев, оперированных больных, что соответствует данным литературы.

По времени возникновения ЭГ мы разделили пациентов на две группы. Первая группа - интраоперационное кровотечение - 5 человек: 3 мужчин (средний возраст  $69,6 \pm 0,9$  лет), 2 женщины (средний возраст  $68,5 \pm 0,2$  лет). Вторая группа – отсроченное кровотечение - 21 человек: 13 мужчин (средний возраст  $70,38 \pm 8,9$  лет), 8 женщин (средний возраст  $72,5 \pm 7,2$  лет).

В первой группе, в структуре клинических форм катаракты, у двух человек отмечалась незрелая набухающая катаракта, у 2-х - зрелая, у одного - перезрелая стадии катаракты. Сублюксация хрусталика 1 степени имела место у 3-х пациентов. У 4-х больных диагностирована сопутствующая офтальмологическая патология: первичная открытоугольная глаукома (ОУГ) развитой стадий (2 глаза), факолитическая глаукома (1 глаз), миопия высокой степени (1 глаз). Внутриглазное давление (ВГД) у двух больных было 21 мм рт.ст., в 3-х случаях - умеренно повышенное (26 мм рт.ст., 27 мм рт.ст., 32 мм рт.ст.).

Во второй группе, в структуре клинических форм катаракты, у 5 человек имела место начальная, у 10-ти - незрелая, у 5-х - зрелая, у одного - перезрелая стадии катаракты. Сублюксация хрусталика 1 степени отмечена у 4-х пациентов. Сопутствующая офтальмологическая патология: ОУГ развитой стадии - у 6-ти человек, далекозашедшей стадии – у 7-ми, терминальной стадии – у одного пациента, миопия высокой степени имела место в 5 глазах, а также - сращенный рубец роговицы (1 глаз), трахома IV стадии (1 глаз), грыжа стекловидного тела (1 глаз), оперированная отслойка сетчатки (1 глаз), псевдоэксфолиативный синдром (3 глаза). ВГД у большинства пациентов варьировало от 23 до 27 мм рт. ст., в 5-ти случаях отмечено повышение ВГД от 29 до 32 мм рт. ст..

Соматическое состояние всех 26 пациентов было отягощено хронической патологией. 14 человек страдали гипертонической болезнью II-III стадий, сочетавшейся у 2-х пациентов с сахарным диабетом II типа, у 4-х пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), у 5-ти пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Двое пациентов страдали ИБС, у одного из которых выполнено накануне аорто-корональное шунтирование. Бронхиальная астма и хронический бронхит с приступами кашля зарегистрированы у 2-х больных.

Пациентам обеих групп проведено хирургическое лечение катаракты.

В первой группе одному пациенту выполнена механическая факофрагментация (МФФ), одному больному – факоэмульсификация (ФЭК), двум больным проведена сочетанная операция - факоэмульсификация (ФЭК) с непроникающей глубокой склерэктомией (НГСЭ), одному больному - ФЭК с синустрабекулэктомией (СТЭ).

Во второй группе 1 пациенту выполнена механическая факофрагментация (МФФ), 7-ми больным – ФЭК. 13-ти больным проведены сочетанные операции: ФЭК с СТЭ (7 глаз), ФЭК с НГСЭ (6 глаз).

#### **Результаты и обсуждение:**

Во всех случаях ЭГ глазное яблоко было сохранено.

В первой группе в ходе операции во время возникновения ЭГ были проведены множественные ЗТС с дренированием супрахориоидального пространства для эвакуации крови. После рассасывания супрахориоидального кровотечения у одного пациента (самый молодой в группе – 59 лет) острота зрения улучшилась и составила 0,1 с максимально переносимой коррекцией, в 2-х глазах острота зрения не превышала 0,005; и еще у двух пациентов определялась правильная проекция света. ВГД в позднем послеоперационном периоде в пределах нормы наблюдалось в 4 глазах, гипертензия без наличия болевого синдрома — у одного пациента. Средний послеоперационный койко/день у пациентов составил 28,6 дней.

Во второй группе супрахориоидальное кровотечение развилось на 1-10 день от момента операции, что в среднем составило 3,8 дней. В клинической картине это проявлялось снижением остроты зрения, мелкой передней камерой глаза, гипотонией глаза у 12-ти больных, глазной гипертонией у девяти пациентов. С помощью ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены эхографические признаки супрахориоидального кровоизлияния и отслойки сосудистой оболочки (ОСО) разные по площади и высоте. На фоне рассасывающей и противовоспалительной терапии всем пациентам выполнена задняя трепанация склеры (ЗТС) с эвакуацией геморрагического содержимого. После полного рассасывания супрахориоидального кровотечения острота зрения составила 0,8 – 0,9 с максимально переносимой коррекцией у троих больных; 0,5-0,6 - у двоих; 0,4 - у шести больных; 0,2-0,3 – в двух случаях, острота зрения не превышала 0,07-0,1 у семи пациентов. У одного больного с сопутствующей ОУГ далекозашедшей стадии определялась правильная проекция света. У всех пациентов ВГД в позднем послеоперационном периоде определялось в пределах нормы. Средний послеоперационный койко/день у пациентов составил 18,5 дней.

#### **Выводы:**

Все случаи возникновения ЭГ отмечены у лиц зрелого и пожилого возраста. У всех больных исходно имелись как общие (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический бронхит, ИБС, ХСН), так и глазные факторы высокого риска развития ЭГ (глаукома, миопия высокой степени). Сочетанные операции, ФЭК с НГСЭ и ФЭК с СТЭ могли способствовать развитию ЭГ.

Для профилактики данного состояния в предоперационном периоде нужно внимательно учитывать факторы риска развития ЭГ, проводить тщательную предоперационную подготовку, минимизировать степень интраоперационного воздействия и обеспечивать адекватное послеоперационное ведение.

***Список литературы:***

1. Куроедов А.В., Огородникова В.Ю., Кушим З.П., Диордийчук С.В., Городничий В.В., Сольнов Н.М. Случай успешного восстановления зрительных функций после обширной геморрагической отслойки сосудистой оболочки. // Глаукома 3/2011 .
2. Терещенко Ю.А., Сорокин Е.Л. Анализ вероятных причин и исходного состояния пациентов с возникновением экспульсивного кровотечения при экстракции катаракты // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: Междунар. научнопракт. конф., 8-я.– М., 2007.– С. 259-263.
3. Терещенко Ю.А., Сорокин Е.Л. Экспульсивная геморрагия. Ретроспективный анализ причин и исходов // Рефракционная хирургия и офтальмология.– 2009.– № 1.– С. 21-24.
4. Першин К.Б. Занимательная факоэмульсификация. — Москва, 2007. — 131 с.
5. Коровенков Р. И. Глазной вакуум-синдром// Современная офтальмология