



УДК 617.741-004.1-005.1-089.87

Ю. А. Терешенко², Е. Л. Сорокин^{1,2}

ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЭКСПУЛЬСИВНОЙ ГЕМОРРАГИИ ПРИ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93;

²Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России,
680033, ул. Тихоокеанская, 211, тел. 8-(4212)-72-27-92, факс 8-(4212)-22-51-21,
e-mail: nauka@khvmtk.ru, г. Хабаровск

Резюме

Цель – анализ вероятных причин развития экспульсивной геморрагии при выполнении экстракции катаракты.

18 пациентов с развившейся экспульсивной геморрагией. Клинический анализ исходного состояния и вероятных причин интраоперационного развития осложнения.

Во всех случаях имела место исходная сублюксация хрусталика на фоне диабетических, миопических, глаукомных изменений глаз. Все пациенты были лицами пожилого возраста, имевшими хроническую сосудистую и метаболическую патологию в стадии субкомпенсации. В 83,3% глаз выполнялась хирургия катаракты с широким роговичным разрезом. У всех пациентов произошло интраоперационное выпадение стекловидного тела.

Развитию ЭГ могли способствовать: широкий роговичный разрез, недооценка исходного состояния пациента, неадекватная анестезия.

Ключевые слова: экспульсивная геморрагия, экстракция катаракты, причины.

Yu.A. Tereshchenko², E.L. Sorokin^{1,2}

PROBABLE REASONS OF DEVELOPMENT OF AN EXPULSIVE HEMORRHAGE AT CATARACT SURGERY AND ITS CONSEQUENCE

¹Far Eastern State Medical University;

²S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Khabarovsk

Summary

The profound retrospective analysis of plausible reasons of the developed expulsive hemorrhage at cataract surgery.

18 patients with developed expulsive hemorrhage (10 females and 8 males with an age range of 67–82 years). Presence of burdening somatic and intraocular risk factors, specialties of operations, variants of expulsive hemorrhage development and its outcomes were investigated.

At all patients it was noted initial lens subluxation, caused by exfoliative syndrome, diabetic retinopathy, anti-glaucoma interventions. All patients with an expulsive hemorrhage had the advanced age, chronic vascular and metabolic pathology in subindemnification stage. In 83,3% it was carried out cataract surgery with the wide corneal access. In all cases the rupture of posterior capsule with loss of vitreous body into the anterior chamber took place.

The development of an expulsive hemorrhage might be promoted by the wide corneal cut, insufficiently careful preoperative preparation and inadequate anesthesia.

Key words: expulsive hemorrhage, cataract surgery, probable reasons.

Экспульсивная геморрагия (ЭГ) является наиболее грозным интраоперационным осложнением офтальмохирургических полостных операций и встречается в 0,04–0,9% случаев [2, 4, 5, 6]. Наиболее часто, до 30%

она развивается при экстракции катаракты [1, 2, 4, 6]. ЭГ проявляется внезапным и резким повышением внутриглазного давления (ВГД) с выпадением содержимого глазного яблока через операционную рану и запол-

нением кровью супрахориоидального пространства. К сожалению, исходом ЭГ является функциональная гибель глаза [2, 3, 4, 6]. Ее опасность усугубляется отсутствием достоверных критериев прогнозирования. Среди факторов повышенного риска отмечают наличие глаукомы, осложненной миопии, диабетической ретинопатии, декомпенсированной соматической патологии [2, 4, 6].

Механизм развития ЭГ связывают с резким перепадом ВГД, формирующим разрыв задних цилиарных артерий с резким изливом крови в супрахориоидальное пространство [2, 4, 5]. Но работ по анализу причин развития ЭГ лишь единицы, поэтому мы и решили исследовать собственный клинический материал, попытавшись осмыслить их вероятные причины для выявления прогностически опасных факторов развития ЭГ.

Цель работы – углубленный ретроспективный анализ исходного состояния пациентов с развившейся экспульсивной геморрагией при хирургии катаракты.

Материал и методы

За период с 1994 по 2006 гг. в нашей клинике было выполнено 44,5 тыс. экстракций катаракты. В их числе произошло 18 случаев развития ЭГ, что составило 0,04% (10 женщин, 8 мужчин от 67 до 82 лет). Это не превышает аналогичных показателей у других авторов [2, 4]. В 15 случаях ЭГ произошла при выполнении более травматичной методики – экстракапсулярной экстракции катаракты. Исследовалось наличие отягощающих соматических и внутриглазных факторов риска, особенности выполнения операций.

Результаты и обсуждение

В 8 глазах исходно имелась незрелая катаракта (в 2 – с элементами набухания), в 4 глазах – зрелая, в 5 глазах – перезрелая катаракта. В одном глазу имела место люксия ранее имплантированной ИОЛ в стекловидное тело. У всех пациентов отмечена исходная сублюксия хрусталика 1–2-й степеней, обусловленная эксфолиативным синдромом. В 5 глазах ранее были выполнены антиглаукоматозные вмешательства, в 4 глазах с глаукомой – компенсация ВГД поддерживалась медикаментозно. В 2 глазах имел место большой размер хрусталика, и субкомпенсированный уровень ВГД. У 6 данных пациентов наличие глаукомы сочеталось с пре- и пролиферативной стадией диабетической ретинопатии. В 6 глазах имели место миопические дегенеративные изменения глазного дна. Умеренно повышенное ВГД отмечено лишь в 2-х глазах, в остальных оно было на границах нормы.

У всех 18 пациентов имелась хроническая сосудистая и метаболическая патология в стадии субкомпенсации (14 чел. – гипертоническая болезнь II–III стадий, у 6 чел. – в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа; у 5 чел. – хронический бронхит; у 3-х чел. – тромбоцитопения невыясненного генеза). Уровень АД у 16 чел. был от 160/90 мм рт. ст. до 200/130 мм рт. ст.

Экстракапсулярная экстракция катаракты выполнялась в 9 глазах, интракапсулярная – в 4 глазах, их сочетание – в 2 глазах, в одном глазу удалялась люксированная ИОЛ из витреальной полости. Лишь в 2 глазах

выполнялась факоэмульсификация катаракты. В подавляющем большинстве (15 глаз) выполнялся широкий роговичный доступ (9–12 мм). Во всех без исключения случаях имел место разрыв задней капсулы с выпадением стекловидного тела в переднюю камеру. Картина формирования ЭГ, по ощущениям хирурга, проявлялась внезапным, резким подъемом офтальмотонуса со вставлением радужки в рану, выпадением порции стекловидного тела, исчезновением розового рефлекса с глазного дна, сопровождавшимися резкой болью в глазу. В 3 случаях ее развитию способствовало беспокойное поведение пациентов (недостаточная глубина анестезии у одного пациента, некупирующиеся приступы кашля в 2 случаях).

Сразу же проводилась срочная герметизация операционной раны, выполнялась задняя склерэктомия (как в проекции серого рефлекса, так и в противоположном квадранте), осуществлялись срочные мероприятия по гемостазу, нормализации АД (внутривенно: пентамин 1,0–1,5 мг/кг, 1% р-р нитроглицерина (1 мл на 100 мл физ. раствора, 30–40 капель в мин.; внутривенно струйно – р-р дипидолола 0,15–0,2 мг/кг). После этих мероприятий лишь в 7 глазах удалось вправить радужку в переднюю камеру. В 9 глазах заправить радужку в рану и восстановить объем передней камеры все же не удалось, но уровень ВГД удалось привести к нормотонии. Там сформировался отек роговицы с децентрацией зрачка, грыжей стекловидного тела и серым рефлексом с глазного дна. В 2-х случаях пузыри отслоенных оболочек наблюдались в одном квадранте, в остальных случаях – во всех квадрантах глазного дна.

В раннем постоперационном периоде были назначены местные и общие гипотензивные средства (бетоптик, фураземид соответственно); ангиопротекторы; кортикостероиды (8 мг дексозона внутривенно), анальгетики (в/м 5 мл р-ра баралгина в сочетании с 0,0025 мг р-ра супрастина каждые 6–8 часов).

В первые сутки после операции во всех случаях на глазном дне определялись обширные геморрагические пузыри цилиохориоидальной отслойки (ЦХО) в сочетании с частичным гемофтальмом и отсутствием рефлекса с глазного дна. Постепенно в 10 глазах произошло уплощение геморрагической ЦХО. В 8 глазах пришлось для эвакуации геморрагического содержимого пришлось выполнить субтотальную витректомию и ввести среду ПФОС. Это, хотя позволило добиться анатомического прилегания оболочек глаза, но зрительные функции не улучшило.

У всех пациентов, разумеется, развилась психологическая подавленность из-за данного осложнения. Хирурги также испытывали психологическое потрясение, но при этом им приходилось выступать также в роли психолога для данных пациентов.

Зрительные функции в 6 глазах отсутствовали, в 8 глазах – соответствовали правильной, либо неправильной проекции света, в 4-х глазах – варьировали от 0,005 до 0,3 и 0,6 (с афакической коррекцией). Спустя 6 мес. острота зрения оказалась примерно на прежнем уровне. В 9 глазах, к сожалению, зрительные функции полностью отсутствовали, хотя глазное яблоко было анатомически сохранно. Через 8 месяцев после опера-

ции у одного пациента развилась субатрофия глазного яблока, что потребовало проведения энвисцерации. У двух пациентов с наличием остаточного зрения спустя 3 месяца после операции развился диффузный отек макулярной области, приведший к значительному снижению зрительных функций.

Выводы

1. Экспульсивная геморрагия после хирургии катаракты с широким разрезом развилась в 0,04% случаев. Все пациенты с ЭГ имели пожилой возраст, отягощаю-

щие организменные и внутриглазные факторы риска, сублюксацию хрусталика, способствующую разрыву задней капсулы и выпадению стекловидного тела.

2. Для профилактики развития ЭГ необходимо тщательнее осуществлять предоперационный отбор пациентов с эффективной коррекцией артериальной гипертензии, уровня гликемии при их суб- и декомпенсации.

3. Существенный путь профилактики ЭГ – применение хирургии малых разрезов с методикой факоэмульсификации.

Литература

1. Балашова Н. В., Коростелева Н. Ф., Ковалева О. А. и др. Благоприятный исход острой геморрагической отслойки сосудистой оболочки // Новое в офтальмологии. – 1999. – № 3. – С. 37–39.

2. Линник Л. Ф. Клинические и экспериментальные исследования по экспульсивной геморрагии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Одесса, 1958. – 25 с.

3. Линник Л. Ф., Безпальчий А. Н., Коваленко Ю. Ф. Профилактика и лечение экспульсивной геморрагии. – М., 1987. – 17 с.

4. Першин К. Б. Пашинова Н. Ф. Интраоперационное супрахориоидальное кровотечение. – М.: НПМЦ «Эксимер», 2007. – С. 1–8.

5. Girard L. J. Expulsive hemorrhage during cataract surgery. Emergency treatment in five cases. In: Paton D (ed) Current Concepts in Cataract Surgery. St. Louis: Mosby. –1974. – 612 p.

6. Jaff N. S. Expulsive Hemorrhage. In Welsh R. C., Welsh J. The second report in cataract surgery, Miami. – 1971. – P. 119–121.

Координаты для связи с авторами: Терещенко Юрий Алексеевич – врач-офтальмолог высшей квалификационной категории отделения хирургии катаракты Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, тел. 8–(4212)–72–27–92; Сорокин Евгений Леонидович – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, заведующий кафедрой офтальмологии ДВГМУ.

