

Анисимова С.Ю., Анисимов С.И.,
Загребельная Л.В.

ОПЫТ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ И ГЛАУКОМЫ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Проведен анализ оперативной деятельности мобильных офтальмологических структур. Операции проводились у престарелых малоподвижных пациентов и инвалидов в домашних условиях. Использование оригинального диагностического оборудования и современных методик операций позволило получить хорошие функциональные результаты.

В настоящее время тенденция общего старения населения обуславливает увеличение числа слепых и слабовидящих больных. Количество заболевших катарактой и глаукомой неуклонно растет во всем мире, вызывая слепоту у каждого шестого уже к шестидесятилетию возрасту. Достаточно часто сопутствующие соматические заболевания, такие как патология опорно-двигательного аппарата, отсутствие одной или обеих конечностей, тяжелые формы бронхиальной астмы, сердечно-сосудистых заболеваний и др., значительно затрудняют или делают невозможным визит таких пациентов к окулисту и тем более их госпитализацию и лечение в специализированном глазном стационаре [3-5]. Перемещение этих пациентов на инвалидных колясках или носилках в стационар из квартир крайне затруднительно из-за непригодности инфраструктур для передвижения инвалидов, а в некоторых случаях – отсутствия лифта. Такие престарелые малоподвижные пациенты и инвалиды часто не способны передвигаться даже по дому, не могут себя обслуживать. Довольно часто у таких больных сохраняется высокий интеллект, и чтение книг и печатных изданий, просмотр телепередач является единственной нитью, связывающей их с окружающим миром, поэтому потеря зрения для такой категории пациентов является настоящей трагедией. Отсутствие предметного зрения приводит к ухудшению психического статуса, развитию депрессивных состояний.

Поэтому в настоящее время, по нашему мнению, является актуальным проведение в домашних условиях хирургических вмешательств по поводу катаракты и глаукомы, являющихся основной причиной слепоты у пожилых людей.

Развитие мобильных медицинских структур, позволяющих приблизить операционную

к пациенту, – эффективный способ решения этой проблемы. С этой целью в 1998 году на базе глазного центра «Восток-Прозрение» был создан универсальный мобильный операционный блок (патент N 2161473) [1,2,6], набор портативного диагностического оборудования и система стерилизации воздуха в рабочем помещении в максимально короткое время.

Материалы и методы

С июля 1998 по июль 2004 года в Москве и ближнем Подмосковье (г. Реутов, Железнодорожный, Балашиха, Одинцово, Пушкино, Химки, п. Жаворонки), а также в отдаленных районах – городах Назрань, Ярославль, Владимир, Дубна и Калужской области на дому было осмотрено 1542 пациента в возрасте от 23 до 103 лет. Самостоятельные визиты к окулисту у всех этих больных были невозможны в связи с наличием у них таких заболеваний, как патология опорно-двигательного аппарата (перелом шейки бедра, деформирующий остеоартроз, демиелинизирующие заболевания позвоночника и др.), парез или паралич нижних конечностей вследствие инсульта или перенесенных нейроинфекций, отсутствие одной или обеих конечностей, тяжелые формы бронхиальной астмы, сердечно-сосудистых заболеваний и др.

На первом этапе для проведения обследования к пациенту выезжает врач с комплектом диагностического оборудования, куда входит:

- проектор знаков с жидкокристаллическим дисплеем с программой буквенных знаков и рисунков для детей (отечественного производства);
- портативная щелевая лампа «Carlton»;
- портативный кератометр КМ 500 «Nidek»;
- портативный ультразвуковой А-скан (отечественного производства, разработанный в глазном центре).

Все диагностическое оборудование очень компактно и легко умещается в 2-х небольших чемоданах.

По результатам обследования у 715 человек были определены показания к оперативному вмешательству по поводу катаракты и глаукомы. Однако в 243 случаях провести операцию в условиях амбулаторной или стационарной офтальмологической клиники не представлялось возможным. Основные причины невозможности лечения в амбулаторных условиях или в стационаре отражены в таблице.

Во всех случаях тяжелого соматического состояния пациентов возможность проведения микрохирургической операции согласовывалась с лечащими врачами общего профиля. При необходимости хирургического вмешательства к пациенту на дом выезжает хирургическая бригада, в состав которой входят хирург, операционная медсестра, анестезиолог, инженер и водитель. В комнате площадью не менее 10 кв. м, в которой предварительно проведена влажная уборка, разворачивается мобильный операционный блок, в состав которого входят: операционный стол с микроскопом с X-Y и ZOOM-системами, боковым и коаксиальным освещением, сосудистый коагулятор, комплект микрохирургических инструментов [6] (рис. 1).

Общие заболевания, сопутствующие офтальмологической патологии, как причины отказа от госпитализации или невозможности амбулаторного лечения

Диагноз	Количество случаев
Деформирующий остеоартроз	28
Перелом шейки бедра	24
Ампутация нижних конечностей	21
Паралич нижних конечностей	19
Сенильные состояния	24
Миеомная болезнь	4
Рассеянный склероз	11
Остеомиопатия	4
Постинсультные состояния	31
Эпилепсия	4
Болезнь Паркинсона	10
Астма	9
Фобии	14
Детский церебральный паралич	3
Стенокардия покоя	25
Постинфарктные состояния	12
Итого	243

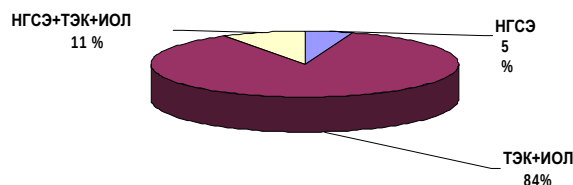
Перед операцией проводилась стерилизация помещения в течение 10 минут с помощью ультрафиолетовой импульсной установки «Альфа-01» [2]. Предварительно проведенные испытания этой установки подтвердили ее производительность и высокий бактерицидный эффект (соответствующий ГОСТу): время обеззараживания помещения объемом 100 м³ при уровне бактерицидного эффекта 99,9% – 6 мин.

За указанный период было проведено 243 хирургических вмешательства по поводу катаракты и глаукомы на дому, непосредственно «у постели» пожилого больного или инвалида, то есть с минимальными эмоциональными и физическими нагрузками для таких пациентов. Экстракция катаракты методом тоннельной факофрагментации (ТЭК) с имплантацией ИОЛ была проведена на 204 глазах (84%). Непроницающая глубокая склерэктомия (НГСЭ) прове-

дена на 12 глазах (5%), НГСЭ+ТЭК+ИОЛ – на 27 глазах (11%) (диаграмма 1). При этом на обоих глазах ТЭК+ИОЛ была проведена у 18 пациентов, НГСЭ+ТЭК+ИОЛ – у 5 пациентов.

Диаграмма 1

Структура операций, проведенных на дому в г. Москве



Все операции проводились по традиционной технологии [2] с использованием только эпibuльбарной и субтeнноновой анестезии, ретробульбарную анестезию и акинезию по обычной методике не проводили ни в одном случае. Для снижения артериального давления перед операцией седативные и гипотензивные препараты применяли только перорально.

В ходе операции использовали следующие расходные материалы: вискоэластики «Provisk», «Amvisk», «Healon», следующие виды ИОЛ: мягкие – «AcrySof» (Alcon), «Centerflex» (Rayner), «Hydroview» (Baush & Lomb) и «Hanita» (Hanita Lenses); жесткие – ИОЛ из ПММА (Alcon, Baush&Lomb).

Начиная с 2003 года на дому имплантировались преимущественно мягкие ИОЛ.

В послеоперационном периоде все пациенты получали гаразон и накloф в каплях, а также гель «Актовегин» по показаниям.

Результаты и обсуждение

Срок наблюдения за пациентами, прооперированными на дому, составил от 3 месяцев до 5 лет.

Методики всех операций предварительно были апробированы в условиях амбулаторной хирургической клиники. Современная предоперационная диагностика и применение отработанных щадящих микрохирургических операционных технологий позволили на достаточно высоком уровне проводить экстракцию катаракты и хирургическое лечение глаукомы в домашних условиях Москвы и регионов.

Во всех случаях удаления катаракты была произведена имплантация ИОЛ монолитной модели из ПММА или высококачественных эластичных ИОЛ из гидрофобных и гидрофиль-

ных акриловых полимеров фирм Baush & Lomb, Rayner, Alcon.

Из 204 глаз пациентов с катарактой 92% прооперировано без осложнений. У 12 пациентов отмечены операционные или послеоперационные осложнения, среди которых: разрыв задней капсулы хрусталика – 6 глаз, иридоциклит в раннем послеоперационном периоде – 5 глаз (все случаи имплантации ИОЛ из ПММА), у 6 пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалась транзиторная гипертензия, сопровождавшаяся отеком роговицы, увеит в отдаленном периоде -1 случай (на фоне тяжелого сахарного диабета), энтодотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы развилась у 2 пациентов, эндофтальмит не наблюдался ни в одном случае.

В случае разрыва задней капсулы ИОЛ имплантировалась в заднюю камеру с подшиванием в иридо-цилиарную борозду, и в 3 случаях имплантирована переднекамерная ИОЛ (Алкон).

В 2-х случаях (после НГСЭ и НГСЭ+ТЭК+ИОЛ) после операции наблюдалась гифема, рассосавшаяся в течение 3-4 суток. В одном случае (НГСЭ+ТЭК+ИОЛ) наблюдалась геморрагическая ОСО, которая на фоне проводимого лечения ангиопротекторами, кортикостероидами и фибринолитиками прилегла в течение 2-х недель, острота зрения в этом случае через 2 месяца после операции была 0,5.

Практически у всех пациентов, прооперированных по поводу катаракты, отмечалось улучшение зрительных функций. Острота зрения 0,3 – 1,0 после экстракции катаракты в отдаленном периоде получена у 217 пациентов (94%). У 14 пациентов в связи с сопутствующей патологией сетчатки острота зрения составила от 0,05 до 0,2, что, однако, позволило им ухаживать за собой.

У всех пациентов, прооперированных по поводу глаукомы, отмечалась нормализация внутриглазного давления в течение всего срока наблюдения до 12,0-21,0 мм рт.ст. без применения медикаментов или с 1-2-кратным закапыванием β -блокаторов.

Выводы

1. Шестилетний опыт работы мобильной офтальмологической службы на дому, хорошо оснащенной диагностическим, стерилизационным, операционным оборудованием, доказывает эффективность и безопасность хирургии ка-

таракты с имплантацией ИОЛ и щадящей хирургии глаукомы у престарелых малоподвижных пациентов и инвалидов в домашних условиях.

2. Разработанный набор диагностического оборудования позволил провести качественную диагностику и точный расчет необходимой интраокулярной коррекции.

3. Использование в мобильной офтальмологии, таких достижений офтальмохирургии как тоннельный разрез, непроникающая хирургия глаукомы, применение эластичных ИОЛ, сбалансированных солевых растворов BSS и вискоэластиков позволяет сделать хирургическое вмешательство максимально щадящим, что значительно сокращает реабилитационный период и число осложнений.

Библиография:

1. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Результаты домашней микрохирургии глаза // Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез.докл. – М., 2000. – Ч.2. – С.238.
2. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Служба офтальмологической помощи на дому. Анализ результатов работы за 3 года // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. науч. статей. – М., 2001. – С. 26-34.
3. Егорова Э.В., Ильин В.В., Крамская З.И. Новые формы организации высококвалифицированной офтальмологической помощи в филиалах ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» // Офтальмохирургия. – 1999. - №2. – С.29-33.
4. Канюков В.Н., Щербанов В.В. Менеджмент в офтальмологии региона // Офтальмохирургия. – 2000. – №1. – С. 65-67.
5. Федоров С.Н., Тимошкина Н.Т., Анисимова С.Ю., Филиппов В.О. Особенности клинической работы в передвижной операционной // Офтальмохирургия. – 1994. – №3. – С.34.
6. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Операционный модуль для проведения офтальмологических операций // Патент на изобретение N 2161473 от 10.01.01.

**Поспелов В.И., Смертин Г.К., Пеец С.А.,
Тахтараква Г.Н., Авдеева Л.А.**

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА 10 ЛЕТ ОТДЕЛЕНИЯ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР» В КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Рассмотрена организационная структура и опыт работы отделения «Дневной стационар». Доказана ее экономическая эффективность и удобство лечения для пациентов без ухудшения качества оказания офтальмологической помощи.

Внедрение с 1976 года микрохирургической техники и бригадной формы работы позволило существенно повысить качество офтальмохирургии и в 2,1 раза увеличить число госпитализированных детей (с 959 в 1975 г. до 2004 в