

УДК: 617.76-089

ДИНАМИКА ПРИЧИН ЭНУКЛЕАЦИЙ И ЭВИСЦЕРАЦИЙ В САМАРСКОМ РЕГИОНЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ

© 2015 Л.М. Цурова, Е.Б. Никифорова

ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского»
Самарский государственный медицинский университет
Научно-исследовательский институт глазных болезней

Статья поступила в редакцию 24.10.2015

В структуре причин энуклеаций и эвисцераций первое место занимают терминальная болящая глаукома и последствия тяжелых травм органа зрения. Учитывая органосохранную направленность современной офтальмологии, нашей задачей является максимально обеспечить косметическую и медико-социальную реабилитацию пациентов после энуклеации. Количество данных операций за последние 5 лет в регионе снизилось на 12,3%. Произошло это в основном за счет уменьшения количества энуклеаций и эвисцераций по причине развития тяжелых последствий проникающих ранений и тупых травм с разрывом оболочек глазного яблока, что связано с повышением качества консервативного и хирургического лечения травм глаз.

Ключевые слова: энуклеация, эвисцерация, терминальная болящая глаукома, вялотекущий увеит, субатрофия

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Ежегодно в мире регистрируется около 55 млн. глазных травм, которые у 1,6 млн. пациентов приводят к слепоте [9], в 32,9% случаев последствия травм заканчиваются удалением глазного яблока, из них 78,0-92,6% – у лиц трудоспособного возраста до 40 лет, 34,3% – дети [1]. Ежегодно в России по данным Министерства здравоохранения РФ выполняется от 7,5 до 8 тысяч энуклеаций и эвисцераций [2-6]. В структуре причин энуклеаций и эвисцераций первое место занимают терминальная болящая глаукома и последствия тяжелых травм органа зрения. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире имеется около 105 млн. лиц больных глаукомой, из которых слепых на оба глаза – 9,1 млн., из них в 44,7% случаев производится энуклеация.

До 58,0% энуклеаций и эвисцераций составляют операции у лиц молодого и трудоспособного возраста, что обуславливает необходимость получения максимального косметического результата от хирургического вмешательства [2-6]. Энуклеация является серьезным реконструктивным вмешательством и достаточно распространенной

Цурова Лейла Магомедовна, врач-исследователь НИИ глазных болезней СамГМУ, врач-офтальмолог первой категории, офтальмохирург травматологического отделения ГБУЗ «СОКОБ им. Т. И. Ерошевского», врач-консультант лаборатории глазного протезирования ГБУЗ «СОКОБ им. Т. И. Ерошевского».
E-mail: leyla_turova@mail.ru
Никифорова Елена Борисовна, врач-исследователь НИИ глазных болезней СамГМУ, врач-офтальмолог первой категории, офтальмохирург глаукомного отделения ГБУЗ «СОКОБ им. Т. И. Ерошевского».
E-mail: stat@zrenie-samara.ru

операцией, при этом формирование опорно-двигательной культы с использованием орбитальных имплантатов производится не во всех случаях [7]. Учитывая органосохранную направленность современной офтальмологии, нашей задачей является максимально обеспечить косметическую и медико-социальную реабилитацию пациентов после энуклеации, а от офтальмохирурга при проведении энуклеаций требуется щадящее отношение к тканям орбиты и индивидуальный подход к каждому пациенту, что предусматривает при отсутствии противопоказаний формирование опорно-двигательной культы с использованием орбитального имплантата, так как косметический результат протезирования определяется во многом первичной рациональной тактикой хирурга.

Цель нашего исследования – провести анализ динамики нозологических причин энуклеаций и эвисцераций, выполненных за последние пять лет в Самарской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За анализируемый период (2010-2014 гг.) в Самарской области было выполнено 792 энуклеаций и эвисцераций. За 5 лет их количество снизилось на 12,3%.

Первое место среди причин энуклеаций и эвисцераций занимает терминальная болящая глаукома – 354 (44,7%). Можно отметить, что доля её в структуре причин удаления глазного яблока относительно стабильна, при этом следует обратить внимание на то, что абсолютное количество энуклеаций, причиной которых стала терминальная болящая глаукома, за 5 лет снизилось на 6,6%.

Причиной положительной тенденции в сокращении энуклеаций при терминальной болящей глаукоме стало широкое внедрение в практику транссклеральной диодлазерной циклофотокоагуляции в последние годы, которая пришла на смену транссклеральной криопексии цилиарного тела. При этом доля больных глаукомой, состоящих на диспансерном учете, которым была произведена энуклеация, снизилась в 1,5 раза (2010 г. – 0,3%, 2014 г. – 0,2%), хотя заболеваемость глаукомой в Самарской области за 5 лет возросла на 36,5% (в 2010 г. 90,6 на 10 тысяч населения, в 2014 г. – 123,7 чел. на 10 тысяч населения).

На втором месте среди причин, приведших к энуклеации и эвисцерации – последствия тяжелых травм органа зрения (посттравматический вялотекущий увеит с угрозой симпатической офтальмии парного глаза, субатрофия глазного яблока) – 130 (16,4%). Обращает на себя внимание тот факт, что абсолютное количество данных причин удаления глазного яблока существенно снизилось – за 5 лет на 60,6%. Уменьшение количества энуклеаций по поводу последствий тяжелых травм связано с повышением уровня органосохранных операций (с использованием витреоретинальной хирургии) при первичном хирургическом вмешательстве, а также возможно с улучшением криминогенной обстановки в регионе.

Третью позицию среди причин энуклеаций и эвисцераций занимают тяжелые воспалительные заболевания органа зрения (гнойная язва роговицы с перфорацией или лизисом на слепых глазах), приведшие к удалению глазного яблока в 114 случаях (14,4%). За 5 лет отмечается тенденция к небольшому, но увеличению причин данной группы. Одной из возможных причин может служить позднее обращение пациента к врачу после начала заболевания вследствие недостаточной доступности офтальмологической помощи в амбулаторно-поликлиническом звене в результате кадрового дефицита.

Энуклеации по поводу злокачественных новообразований внутри глазного яблока занимают четвертое место – 112 (14,1%). Можно отметить, что доля данной группы заболеваний в структуре причин энуклеаций и эвисцераций ежегодно увеличивается небольшими темпами.

Пятая позиция в структуре причин энуклеаций и эвисцераций принадлежит эндофтальмиту и панофтальмиту – 41 (5,2%). Отрицательным моментом является прослеживаемая динамика в сторону увеличения подобных случаев. В целях сокращения и при возможности полной ликвидации данной нозологической группы из структуры причин энуклеаций и эвисцераций предпринимаются определенные организационные мероприятия: 1) внедрение «Европейского протокола по профилактике и лечению эндофтальмита после операции по удалению

катаракты» [8], определяющего ключевые этапы антисептики в предоперационном периоде, применение местных антибиотиков в каплях перед операцией; 2) внедрение регламентов подготовки операционной к проведению хирургических вмешательств в соответствии с рекомендациями европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов (обеспечение чистого потока воздуха в операционной, стерилизация хирургического инструментария, использование одноразового инструментария); 3) тщательное определение в потребности предоперационной санации очагов хронической инфекции. При этом количество эндофтальмитов и панофтальмитов, исходом которых стало удаление глазного яблока, по отношению к количеству офтальмологических операций, выполненных в глазных стационарах Самарской области, за 5 лет даже сократилось с 0,46% в 2010 г. до 0,32% в 2014 г.; за 5 лет этот показатель равен 0,35%.

На последнем месте в структуре причин по количеству операций находятся тяжелые повреждения глазного яблока с выпадением содержимого и размождением оболочек, которые были выполнены у 34 пациентов (4,3%). Абсолютное количество операций в данном случае из года в год остается примерно на одном и том же уровне.

Нозологическая структура причин энуклеаций и эвисцераций по годам представлена в табл. 1.

Формирование опорно-двигательной культы с использованием орбитальных имплантатов производилось у 87 больных, что составило 11,0% от общего количества энуклеаций и эвисцераций. У 79 (90,8%) пациентов для формирования опорно-двигательной культы использовался костный орбитальный имплантат, у 8 (9,2%) – синтетический орбитальный имплантат.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в соответствии с мировыми тенденциями, основными причинами энуклеаций и эвисцераций в Самарской области являются терминальная болящая глаукома (44,7%) и последствия тяжелых травм органа зрения (16,4%). Количество данных операций за последние 5 лет в регионе снизилось на 12,3%. Произошло это в основном за счет уменьшения количества энуклеаций и эвисцераций по причине развития тяжелых последствий проникающих ранений и тупых травм с разрывом оболочек глазного яблока, что связано с повышением качества консервативного и хирургического лечения травм глаз. Доля остальных причин удаления глазного яблока существенно не меняется.

В целях дальнейшего снижения количества энуклеаций и эвисцераций в Самарском регионе требуется комплексный подход, включающий в себя как меры организационного характера, так

Таблица 1. Нозологическая структура причин энуклеаций и эвисцераций за период 2010-2014 гг.

Причина энуклеации	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Всего
терминальная болящая глаукома	75 (46,0%)	74 (43,8%)	53 (38,1%)	82 (46,1%)	70 (49,0%)	354 (44,7%)
последствия тяжелых травм органа зрения (посттравматический вялотекущий увеит с угрозой симпатической офтальмии парного глаза, субатрофия глазного яблока)	33 (20,2%)	41 (24,3%)	25 (18,0%)	18 (10,1%)	13 (9,1%)	130 (16,4%)
Гнойная язва роговицы с перфорацией или лизисом на слепых глазах	19 (11,7%)	22 (13,0%)	21 (15,1%)	29 (16,3%)	23 (16,1%)	114 (14,4%)
злокачественные новообразования внутри глазного яблока	19 (11,7%)	20 (11,8%)	24 (17,3%)	31 (17,4%)	18 (12,6%)	112 (14,1%)
эндофтальмит и панфтальмит	9 (5,5%)	6 (3,6%)	6 (4,3%)	11 (6,2%)	9 (6,3%)	41 (5,2%)
тяжелые повреждения глазного яблока с выпадением содержимого и размождением оболочек	8 (4,9%)	5 (3,0%)	7 (5,0%)	7 (3,9%)	7 (4,9%)	34 (4,3%)
прочие причины	0 (0,0%)	1 (0,6%)	3 (2,2%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	7 (0,9%)
всего	163	169	139	178	143	792

и дальнейшее улучшение качества диагностики и лечения офтальмопатологии:

1. Решение кадрового вопроса. Одной из проблем современной офтальмологической службы Самарской области является недостаточное количество врачей-офтальмологов. За последние 5 лет количество занятых ставок врачей-офтальмологов в амбулаторно-поликлиническом звене уменьшилось на 10,4%.

2. Качественное обучение врачей-офтальмологов современным методикам диагностики и лечения глазной патологии, в том числе выполнению энуклеаций и эвисцераций с формированием опорно-двигательной культи с использованием орбитальных имплантатов (при отсутствии противопоказаний), что обеспечит пациентам после энуклеации медико-социальную и косметическую реабилитацию.

3. Для снижения количества энуклеаций при терминальной болящей глаукоме требуется:

а) своевременная коррекция гипотензивного лечения с использованием современных средств,

б) оптимизация льготного лекарственного обеспечения пациентов с глаукомой с широким использованием современных гипотензивных препаратов, в том числе их фиксированных комбинаций,

с) своевременное направление на лазерное и микрохирургическое лечение.

4. Онкологическая настороженность врачей любой специальности в целях как можно более раннего выявления новообразования внутри глазного яблока, что позволит при возможности

провести органосохранную операцию (в некоторых случаях даже с сохранением зрительных функций).

5. Строгое соблюдение протоколов и клинических рекомендаций при подготовке пациента к микрохирургической офтальмологической операции, что поможет предотвратить развитие инфекционно-воспалительного процесса в глазу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аскерова С.М., Ибрагимзаде Г.Т. Формирование опорно-двигательной культи при различных стадиях субатрофии // Альманах клинической медицины. 2011. С.24.
2. Филатова И.А., Катаев М.Г. Одномоментное выполнение энуклеации и пластики полости при ее деформации // Актуальные вопросы офтальмологии. – Уфа: Гилем, 1999. С. 451-452.
3. Филатова И.А. Современный подход к хирургической реабилитации пациентов с анофтальмическим синдромом // Офтальмохирургия. 2002. № 1. С.49–53.
4. Филатова И.А. Анофтальм. Патология и лечение. 2007. С.213.
5. Филатова И.А., Катаев М.Г. Сравнительная характеристика синтетических имплантатов для формирования опорно-двигательной культи // Вестн. Офтальмологии. 1996. Т. 112, № 3. С.33-35.
6. Чеглаков П.Ю. Формирование опорно-двигательной культи при эвисцероэнуклеации и эндопротезировании с применением имплантата для повышения подвижности глазного протеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998.
7. Цурова Л.М., Миллюдин Е.С. Сравнительный анализ использования различных орбитальных имплан-

- татов для формирования постэнуклеационной опорно-двигательной культуры / Вестник ОГУ - Сб. науч. труд. Оренбург. 2014 С.334-337.
8. Руководство ESCRS по профилактике и лечению эндофтальмита после операции по удалению катаракты: данные, дилеммы и выводы 2013 г: <http://www.es CRS.org/endophthalmitis/guidelines/RUSSIAN.pdf> (дата обращения 20.09.2015).
9. Foster A. Vision 2020 – The Right to Sight // IAPB News. 2000. Vol. 25. P. 3-4.

DINAMICS OF THE CAUSES OF ENUCLEATIONS AND EVISCERATIONS IN THE SAMARA REGION FOR THE LAST FIVE YEARS

© 2015 L.M. Tsurova, E.B. Nikiforova

SRCOH named after T.I. Eroshevsky
Research Institute of Eye Diseases of Samara State Medical University

Terminal painful glaucoma and complications of severe eye injuries are taken the first place in the structure of causes of enucleations and eviscerations. Considering the tissue saving orientation of modern ophthalmology, our aim is to ensure maximal cosmetic and medico-social rehabilitation of patients after enucleation. Number of these surgeries has decreased by 12.3% over the last 5 years in the region. It has happened because of the reducing the number of enucleations and eviscerations in patients with severe complications of penetrating wounds and blunt injury with rupture of membranes of the eyeball, it is associated with improving quality of conservative and surgical treatment of eye injuries.

Key words: enucleation, evisceration, terminal painful glaucoma, indolent uveitis, subatrophy.

Leila Tsurova, Physician-Scientist of the Research Institute SSMU, Doctor-Ophthalmologist of First Category, Ophthalmosurgeon at Department of Traumatology SRCOH named T.I. Eroshevsky, Consultant Physician in the Laboratory of Eye Prostheses SRCOH named after T.I. Eroshevsky.

E-mail: leyla_tsurova@mail.ru

Elena Nikiforova, Physician-Scientist of the Research Institute SSMU, Doctor-Ophthalmologist of First Category, Ophthalmosurgeon at Department of Glaucoma SRCOH named after T.I. Eroshevsky. E-mail: stat@zrenie-samara.ru