

Показания к стационарному лечению катаракты

М. И. Ковтун, канд. мед. наук, И. И. Лапкина¹, доцент, канд. мед. наук, М. Л. Коцина¹, профессор, д-р биол. наук

КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 14 им. проф. Л. Л. Гиршмана»;
¹Харьковская медицинская академия последипломного образования;

E-mail: innalapkina@mail.ru

Ключевые слова: катаракта, послеоперационные осложнения, сопутствующие соматические и глазные заболевания.

Целью работы была разработка показаний к стационарному лечению больных катарактой на основе анализа историй болезни.

Материал и методы. Анализ 636 историй болезни пациентов, а также индивидуальных экспертных оценок специалистов позволил обосновать показания к стационарному лечению катаракты.

Результаты. Сопутствующие катаракте гипертоническая болезнь, которая встречалась у (34,6±2,1) % больных, и ишемическая болезнь сердца — у (28,9±2,0) % больных, повышают риск развития послеоперационных осложнений в 1,8 и 2,5 раза соответственно, в сравнении с больными, у которых этой патологии не выявлено.

Сочетание катаракты с глаукомой повышает риск послеоперационных осложнений в 3,7 раза в сравнении с больными, у которых глаукомы нет, а наличие зрелой катаракты — в 1,8 раза.

Установлено, что в стационарном лечении нуждаются больные с далеко зашедшей глаукомой и низкими зрительными функциями на единственном глазу, двусторонней зрелой катарактой или зрелой катарактой на единственном глазу, подвывихом хрусталика, с тяжелой соматической патологией и психическими нарушениями, не позволяющими осуществлять с ними продуктивный контакт.

Актуальность. Во всем мире наиболее частой причиной обращения к офтальмологу лиц пожилого и старческого возраста является катаракта, что во многом обусловлено мировой тенденцией старения населения. Количество больных катарактой существенно возросло в течение последних десятилетий, причем, еще более заметный рост заболеваемости прогнозируется в ближайшем будущем. Более 60 % операций, выполняемых в офтальмологических учреждениях, проводятся по поводу катаракты [1, 8, 10]. По прогнозам Всемирной организация здравоохранения, к 2025 г. около 120 млн. человек в возрасте 60 лет и старше будут иметь помутнения хрусталика различной степени интенсивности. Из них около 40 млн. будут нуждаться в хирургическом лечении.

Как показали последние исследования, катаракта имеет значительное распространение как в развивающихся странах, так и в развитых. Установлено, что более 53 млн. человек в мире потеряли трудоспособность из-за катаракты, причем 52 млн. из них проживают в развивающихся странах. Можно отметить, что распространность катаракты среди жителей развитых стран также достаточно высока. Например, в США катаракту имеют 20,5 млн. (17,2 %) жителей старше 40 лет, из них 42 % — в возрасте от 52 до 64 лет, 60 % — в возрасте 65–74 лет, 91 % — в возрасте 75–85 лет. Ежегодно в США выполняется более 3 млн. операций по поводу ка-

таракты. В Великобритании катаракта выявлена у 50 % жителей, перешагнувших 65-летний рубеж, а у лиц старше 85 лет — более чем в 70 % случаев. Во Франции к 65 годам катаракта наблюдается у 20 % населения, а к 85 годам — у 60 %. В Австралии количество заболевших катарактой удваивается каждые десять лет после достижения 40-летнего возраста, а у лиц старше 90 лет разная степень помутнения хрусталика наблюдается в 100 % случаев. Аналогичные тенденции заболеваемости катарактой отмечаются и в других развитых странах [12, 15].

Современным подходом к лечению катаракты является факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. Последние достижения технического и фармакологического оснащения факоэмульсификации во многом способствуют снижению риска развития интраоперационных и послеоперационных осложнений при хирургии катаракты, что в большинстве случаев позволяет проводить операцию амбулаторно. Амбулаторная хирургия катаракты в настоящее время является стандартом лечения во многих странах мира. В Украине амбулаторное лечение катаракты регламентируется Унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи (катаракта) [10].

Однако результаты лечения катаракты зависят не только от применяемой аппаратуры и технологий, а также навыков и умений хирурга, но и от целого ряда сопутствующих факторов, определяющих существование группы риска осложнений. В случае, если пациент по тем или иным причинам относится к группе риска развития послеоперационных осложнений, должно приниматься решение о стационарном лечении.

В настоящее время, наряду с государственными или коммунальными лечебными учреждениями, офтальмологическую помощь больным катарактой оказывают частные клиники и центры, количество которых постоянно увеличивается. Большинство из них не имеют стационара, что ограничивает возможность ведения больных группы риска. Обычно таких больных после осмотра в частной клинике отправляют в профильные лечебные учреждения. Если же, несмотря на предварительный отбор больных, послеоперационное осложнение возникло, то решение проблемы стационарного лечения осуществляется на основании личных контактов или договоренностей врачей государственной и частной структуры. Данная ситуация требует юридической регламентации и создания соответствующих нормативных документов, что обеспечит защиту прав пациента и повысит качество лечения.

Цель: разработка показаний к стационарному лечению больных катарактой на основе анализа историй болезни.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели был проведен анализ 4543 историй болезни больных катарактой, которые

проходили лечение в Харьковской городской клинической больнице № 14 в 2014–2015 гг. Среди них были отобраны 636 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении двое и более суток. В каждом конкретном случае была установлена причина проведения не амбулаторного, а стационарного лечения катаракты.

Оценка историй болезни проводилась по следующим показателям: пол, возраст, стадия катаракты, причина и длительность пребывания в стационаре, (послеоперационное осложнение, лечение сопутствующей глазной патологии, желание пациента), вид осложнения.

Для формирования показаний к стационарному лечению были использованы результаты индивидуальной экспертной оценки 20 специалистов, работающих в профильных лечебных учреждениях Украины. Специалисты, на основании личного опыта лечения больных катарактой, указали, какие состояния пациентов, по их мнению, могут стать причиной интра- и послеоперационных осложнений. Полученные на основании опроса результаты были систематизированы и представлены на рис.1.

Полученные в результате анализа историй болезни данные были обработаны статистически с использованием методов описательной статистики, непараметрических критериев, метода анализа альтернативных признаков [7].

Результаты и их обсуждение

Показания к стационарному лечению катаракты (рис. 1) были условно разбиты нами на две группы — «общие» и «глазные». К «общим» отнесены тяжелая соматическая патология пациентов и психические нарушения, не позволяющие осуществить продуктивный контакт с пациентом. Пациенты с перечисленной патологией нуждаются в дополнительном профессиональном уходе и должны находиться под наблюдением специалистов в течение до- и послеоперационного периода, что может быть



Рис. 1. Основные показания к стационарному лечению больных катарактой

обеспечено только в условиях профильного стационара. Обычно частные клиники таким пациентам в хирургическом лечении отказывают и направляют их на стационарное лечение в государственные или коммунальные лечебные учреждения.

К «глазным» показаниям относится тяжелая сопутствующая патология глаз, катаракта на единственном глазу и состояния, требующие более сложных хирургических вмешательств. Для частных клиник пациенты с перечисленными состояниями глаз представляют значительный коммерческий риск и также направляются в профильные стационары.

В большинстве представленных на рис.1 случаев амбулаторная хирургия катаракты не проводится, пациенты находятся на стационарном лечении различные сроки.

В наших предшествующих работах был проведен анализ гендерных особенностей сроков обращения за хирургической помощью больных катарактой [2, 3] структуры типичных послеоперационных осложнений [4], а также наиболее часто встречающихся сопутствующих соматических и глазных заболеваний [5, 11]. Аналогичный анализ был проведен при оценке 636 историй болезни пациентов с катарактой, находившихся в стационаре более суток.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1. Нами были выделены три основные возрастные группы. К первой группе отнесены пациенты трудоспособного возраста, ко второй — пенсионеры, отдельную (третью) группу составили пациенты старше 80 лет. На основании данных табл. 1, можно отметить, что наиболее многочисленной является вторая группа пациентов, тогда как первая и третья приблизительно равны по объему.

Интраоперационные и послеоперационные осложнения были выявлены у 52 (8,2±1,1) % пациентов из 636 (табл.2). Достоверно ($p<0,01$) наиболее частыми послеоперационными осложнениями были отек роговицы и иридоциклит. В большинстве случаев данные осложнения являются ответной реакцией глаза на операционную травму. Процент выявленных нами осложнений совпадает с мировой статистикой [12–16].

Таблица 1. Распределение больных катарактой по полу и возрасту

Больные	Возрастная группа		
	До 60	61–80	Старше 80
Мужчины (n=271)	47 (17±2,3)	178 (66±2,9)	46 (17±2,3)
Женщины (n=365)	51 (14±1,8)	269 (74±2,3)	46 (13±1,8)
Всего (n=636)	98 (15±1,4)	447 (70±3,3)	92 (14±1,4)

Таблица 2. Основные виды интраоперационных и послеоперационных осложнений, (%)

Виды осложнений	Осложнения	Количество осложнений (n=636)
Интраоперационные	Гифема	3 (0,5±0,3) ^{1,2}
	Разрыв задней капсулы хрусталика	2 (0,4±0,3) ^{1,2}
Послеоперационные	Иридоциклит ²	15 (2,4±0,6)
	Отек роговицы ¹	23 (3,6±0,7)
	Цилиохориоидальная отслойка ³	8 (1,3±0,4) ¹
	Фибрин в передней камере	1 (0,2±0,1) ^{1,2,3}
Всего		52 (8,2±1,1)

Примечания: ¹ — различия в частоте встречаемости отека роговицы и других осложнений достоверны по критерию χ^2 ($p<0,01$); ² — различия в частоте встречаемости иридоциклита и других осложнений достоверны по критерию χ^2 ($p<0,01$); ³ — различия в частоте встречаемости цилиохориоидальной отслойки и других осложнений достоверны по критерию χ^2 ($p<0,05$); n — объем группы больных катарактой.

Возникновение отёков роговицы может быть обусловлено длительной работой хирурга в передней камере глаза на этапе аспирации-ирригации, манипуляцией в ней с повреждением эндотелия роговицы, индивидуальными особенностями глаза, при которых количество эндотелиальных клеток снижено, плотным ядром хрусталика, требующим более мощных уровней воздействий, которые могут травмировать эндотелий роговицы. Отек роговицы был выявлен у 23 пациентов, что составило (3,6±0,7) % от всех больных исследуемой группы.

Среди причин послеоперационного иридоциклоита выделяют наличие по периферии капсулального мешка остатков хрусталиковых масс, реактивного отёка тканей глаза вследствие контакта ИОЛ с внутрглазными структурами (цилиарное тело, радужка), особенно при транссклеральной фиксации ИОЛ, отёк синустррабекулярной зоны при имплантации переднекамерных моделей ИОЛ. Также возможной причиной иридоциклоита могут быть индивидуальные иммунологические особенности больного.

На третьем месте по частоте встречаемости послеоперационных осложнений находится цилиохориоидальная отслойка, которая была выявлена у 8 (1,3±0,4) % больных. Всем этим больным проведены комплексные оперативные вмешательства (экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ в сочетании с антиглаукоматозной операцией).

Оценка структуры сопутствующей заболеваемости в группе пациентов, истории болезней которых анализировались, показала, что наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (ГБ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), что составляло

(34,6±2,1) % и (28,9±2,0) % случаев от общего количества больных, соответственно (табл.3). Данные заболевания способствуют нарушению нормально-го протекания обменных процессов в организме и тканях глаза, что может стать причиной развития послеоперационных осложнений. Пациенты с такой патологией, в определенной степени, представляют группу риска развития послеоперационных осложнений. Оценка влияния сочетания катаракты и ИБС на развитие послеоперационных осложнений с использованием таблиц сопряженности и показателя отношения шансов (OR) показала наличие значимого влияния ($\chi^2=10,7$; OR=2,5; $p<0,05$). Значение OR указывает на то, что у пациентов с ИБС риск послеоперационных осложнений в 2,5 раза выше, чем у пациентов, не имеющих ИБС. Оценка влияния ГБ на развитие послеоперационных осложнений у больных катарактой также показала наличие значимого влияния ($\chi^2=4,4$; OR=1,8; $p<0,05$).

На основании анализа данных, представленных в табл. 3, можно отметить, что в группе женщин частота встречаемости всех видов сопутствующей патологии кроме глаукомы выше, чем в группе мужчин. Оценка достоверности различий в частоте встречаемости различной патологии между мужчинами и женщинами проведена с использованием метода анализа альтернативных признаков.

По современным данным, при сахарном диабете (СД) достаточно высок риск возникновения послеоперационных осложнений в виде экссудативной воспалительной реакции [5]. Данная патология выявлена нами у 79 (12,8±1,5) % больных, причем у женщин и у мужчин почти в равном проценте случаев. Учет наличия СД перед проведением хирургического лечения катаракты необходим, поскольку для таких пациентов характерна активность локального воспалительного процесса и иммунного реагирования, способная приводить к развитию воспалительных послеоперационных осложнений.

Среди наиболее распространенных сопутствующих заболеваний у больных катарактой в (6,7±1,1) % случаев выявлены заболевания суставов, обусловленные системными изменениями в организме. Наличие такой патологии также может

стать причиной послеоперационных осложнений в виде воспалительных реакций [5].

В нашем исследовании достоверного влияния наличия СД и заболеваний суставов на развитие послеоперационных осложнений не выявлено, однако, по существующим литературным данным, наличие такой патологии может приводить к послеоперационным осложнениям, что необходимо учитывать при выборе амбулаторного или стационарного лечения катаракты.

По данным литературы, сочетание катаракты с миопией высокой степени обуславливает высокий риск развития интраоперационных осложнений, что связано с особенностями формирования катаракты в таких глазах. К этим особенностям относятся повышенная плотность хрусталика, суб capsуллярные помутнения, интимно сращенные с задней капсулой, ослабленные цинновые связки хрусталика. Частота осложнений хирургии катаракты при осложненной высокой миопией превышает таковую при сенильной катаракте в 1,5–2 раза [5]. Статистический анализ наших данных не выявил достоверного влияния близорукости высокой степени на частоту послеоперационных осложнений. Возможно, что исследование больших по объему контингентов больных позволит подтвердить влияние близорукости высокой степени на успешность хирургического лечения катаракты.

Глаукома и катаракта, являясь ведущими причинами слепоты и слабовидения, часто носят **сочетанный** характер, что наблюдается в 17–38,6 % случаев [6]. К основным осложнениям, возникающим при хирургии катаракты, сочетающейся с осложненной открытоглазной глаукомой в раннем послеоперационном периоде, Х. П. Тахчили с соавторами (2009) отнесли: 1) отек роговицы; 2) наличие воспалительной реакции; 3) выпадение фибринина в передней камере; 4) возникновение гипотонии; 5) появление гифемы [10].

В нашем исследовании сочетание глаукомы и катаракты выявлено у 53 (7,8±1,2) % больных. Нами был проведен более детальный анализ всех случаев катаракты, осложненной глаукомой. В группе мужчин такое сочетание выявлено у 33(12,1±2,1) %

Таблица 3. Распределение мужчин и женщин в зависимости от частоты встречаемости сопутствующих заболеваний, (%)

Группы	Заболевания					
	СД	ГБ	ИБС	Высокая близорукость	Глаукома	Артрит, подагра
Мужчины (n=271)	29 (10,9±2,3)	71 (26,4±3,2)	70 (25,9±3,2)	11 (4,1±1,4)	33 (12,1±2,1)	10 (3,6±1,4)
Женщины (n=365)	50 (13,8±1,9)	143 (39±2,6)* (p<0,001)	111 (30,5±2,5)	23 (6,3±1,3)	20 (5,5±1,4)* (p<0,01)	30 (8,4±1,5)* (p<0,02)
Всего (n=636)	79 (12,8±1,5)	214 (34,6±2,1)	181 (28,9±2,0)	34 (5,6±1,0)	53 (7,8±1,2)	40 (6,7±1,1)

Примечания: * — различия в частоте встречаемости заболевания у мужчин и женщин достоверны ($p<0,05$); n — объем группы.

больных, средний возраст которых составил $(75 \pm 8,7)$ лет с размахом от 53 до 88 лет. Длительность пребывания на стационарном лечении этих больных в среднем составила $(6,3 \pm 3,1)$ суток, причем в 22 случаях она превышала 6 суток. В группе женщин сочетание глаукомы и катаракты выявлено у 20 ($5,5 \pm 1,4$) % больных, средний возраст которых составил $(73 \pm 8,2)$ года с размахом от 54 до 91 года. Длительность пребывания на стационарном лечении — $(6,0 \pm 2,4)$ суток, причем в 13 случаях — > 6 суток.

Оценка влияния сочетания глаукомы с катарактой на развитие послеоперационных осложнений показала наличие значимого влияния ($\chi^2 = 13,9$; OR = 3,72; p < 0,05). Значение OR указывает, что глаукома у больных катарактой повышает риск послеоперационных осложнений в 3,7 раза в сравнении с больными, у которых глаукомы нет.

Можно отметить, что в возрастном аспекте и по длительности пребывания в стационаре больных с осложненной катарактой достоверных гендерных отличий не выявлено. Причинами длительного пребывания в стационаре явились: послеоперационные осложнения, проведение дополнительного лечения имеющейся сосудистой патологии, желание пациента находиться под специализированным наблюдением.

Обычно, чаще послеоперационные осложнения возникают при зрелой катаракте, что связано с необходимостью более длительного использования ультразвука при факоэмульсификации в сравнении с начальной и незрелой катарактой. Анализ распределения пациентов исследуемой группы в зависимости от стадии катаракты позволил установить, что зрелую катаракту к моменту операции имели 192 пациента, что составило $(30 \pm 1,8)$ % от всей группы больных, из них 75 ($12 \pm 1,3$) % мужчин и 117 ($18 \pm 1,5$) % женщин. Незрелая катаракта была у 328 ($52 \pm 2,0$) % пациентов (141 ($23 \pm 1,6$) % мужчин и 187 ($29 \pm 1,8$) % женщин), начальная — у 116 ($18 \pm 1,5$) % пациентов (56 ($8 \pm 1,1$) % мужчин и 60 ($10 \pm 1,2$) % женщин). Установлено, что достоверно чаще зрелая катаракта встречалась в группе женщин ($\chi^2 = 4,6$; p < 0,05), также чаще, чем в группе мужчин, в этой группе встречалась незрелая катаракта ($\chi^2 = 12,9$; p < 0,05).

Анализ влияния стадии катаракты на частоту встречаемости осложнений показал, что осложне-

ния достоверно чаще встречались при зрелой катаракте ($\chi^2 = 3,95$; OR = 1,8; p < 0,05), чем при других стадиях заболевания.

Длительность пребывания мужчин в стационаре составила $(4,8 \pm 2,7)$ дня, женщин — $(5,4 \pm 2,8)$ дня. Средний возраст мужчин составил $(70,1 \pm 10,4)$ лет, а женщин — $(73,0 \pm 8,8)$ года. В группах мужчин и женщин со зрелой катарактой было по 9 человек трудоспособного возраста (в возрасте до 60 лет), что составило 12 % и 8 %, соответственно. Основным осложнением, выявленным в этой группе больных, был послеоперационный отек роговицы.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Основными показаниями к стационарному лечению катаракты являются тяжелая соматическая патология пациента и психические нарушения, не позволяющие осуществить с ним продуктивный контакт. В стационарном лечении нуждаются больные с далеко зашедшей глаукомой и низкими зрительными функциями на единственном глазу, двусторонней зрелой катарактой или зрелой катарактой на единственном глазу, подвыихом хрусталика.

2. Основной сопутствующей катаракте соматической патологией являются гипертоническая болезнь, которая встречалась у $(34,6 \pm 2,1)$ % больных, и ишемическая болезнь сердца — у $(28,9 \pm 2,0)$ % больных, наличие которых может являться одним из факторов развития послеоперационных осложнений. При гипертонической болезни риск развития послеоперационных осложнений у больных катарактой повышается в 1,8 раза, а ишемической болезни сердца — в 2,5 раза в сравнении с больными, не имеющими этой патологии.

3. При детальном анализе случаев катаракты, осложненной глаукомой, достоверных гендерных отличий в возрастном аспекте и по длительности пребывания в стационаре не выявлено, среднее время пребывания на стационарном лечении пациентов было 6 и более суток. Наличие глаукомы у больного катарактой повышает риск послеоперационных осложнений в 3,7 раза в сравнении с больными, у которых глаукомы нет.

4. Наличие у пациента зрелой катаракты повышает риск развития послеоперационных осложнений в 1,8 раза в сравнении с другими стадиями катаракты.

Литература

1. Катаракта. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. — 2015. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : URL : www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_49_Katarakta.doc. — Назва з екрана.
2. Ковтун М. И. Анализ гендерных особенностей сроков обращения за хирургической помощью при катаракте / М. И. Ковтун // Вестник проблем биологии и медицины. — 2012. — Вып.4, Том 2 (97). — С. 91–95.
3. Ковтун М. И. Медико-социальная характеристика больных катарактой / М. И. Ковтун // Вестник проблем биологии и медицины. — 2015. — Вып.2, Том 3 (120). — С.135–139.

4. **Ковтун М. И.** Особенности организации офтальмологической помощи больным катарактой в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине / М. И. Ковтун // Архів офтальмології України. — 2015. — Т3, № 2. — С.14–19.
5. **Ковтун М. И.** Результаты оценки структуры сопутствующей заболеваемости больных катарактой / М. И. Ковтун // Вестник проблем биологии и медицины. — 2012. — Вып.4, том 1(96). — С.120–124.
6. **Курмангалиева М. М.** Хирургическое лечение глаукомы в сочетании с катарактой / М. М. Курмангалиева. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_4949.htm. — Название с экрана.
7. **Лакин Г. Ф.** Биометрия / Г. Ф. Лакин. — М.: Высшая школа, 1990. — 352 с.
8. Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі : довідник лікаря / за ред. С. О. Рикова. — Київ : Доктор медіа, 2008. — 357 с.
9. Прогнозирование ранних послеоперационных осложнений при одномоментном хирургическом лечении катаракты и открытогоугольной глаукомы / Х. П. Тахчиди [и др.] // Офтальмохирургия. — 2009. — № 2 — С.8–13.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Катаракта. — Наказ МОЗ України від 28.01.2016р. № 49. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160128_0049.html. — Назва з екрана.
11. **Kovtun M. I.** Assessment result of cataract stages distribution and concomitant diseases structure / M. I. Kovtun // East European Scientific Journal. — 2016. — № 6, Vol.1 — P. 48–52.
12. **Chitkara D. K.** Pathophysiology and Epidemiology of Cataract / D. K. Chitkara, A. B. Hall, A. R. Rosenthal // Free Medical Textbook. Chapter35(2011). — Access mode: <https://medtextfree.wordpress.com/category/ophthalmology/page/2/>
13. **Clark A.** Whole population trends in complications of cataract surgery over 22 years in Western Australia / A. Clark, N. Morlet, J. Q. Ng // Ophthalmology. — 2011. — Vol.118. — P.1055–1061.
14. **Greenberg P. B.** Prevalence and predictors of ocular complications associated with cataract surgery in United States veterans / P. B. Greenberg, V. L. Tseng, W. C. Wu // Ophthalmology. — 2011. — Vol.118. — P. 507–514.
15. **Robertson S.** Cataract Epidemiology (2015) / S. Robertson — Access mode: www.news-medical.net/health/Cataract-Epidemiology.aspx.
16. The Cataract National Dataset electronic multi-centre audit of 55 567 operations: updating benchmark standards of care in the United Kingdom and internationally / Jaycock P., Johnston R. L., Taylor H. [et al.] // Eye. — 2007. — Vol.23(1). — P.38–49.

Показання до стаціонарного лікування катаракти

Ковтун М. І., Лапкіна І. І., Кочина М. Л.

Метою роботи була розробка показань до стаціонарного лікування хворих на катаракту на основі аналізу історій хвороби.

Матеріал та методи. Аналіз 636 історій хвороби пацієнтів, а також індивідуальних експертних оцінок фахівців дозволив обґрунтувати основні показання до стаціонарного лікування катаракти.

Результати. Супутні катаракті гіпертонічна хвороба, яка зустрічалася у $(34,6 \pm 2,1)$ % хворих, та ішемічна хвороба серця — у $(28,9 \pm 2,0)$ % хворих, підвищують ризик розвитку післяопераційних ускладнень в 1,8 та 2,5 разів, відповідно, порівняно з хворими, у

яких цієї патології не виявлено. Поєднання катаракти з глаукомою підвищує ризик післяопераційних ускладнень в 3,7 раза порівняно з хворими, у яких глаукоми немає, а наявність зрілої катаракти — в 1,8 раза. Встановлено, що стаціонарного лікування потребують хворі з далеко розвинутою глаукомою, низькими зоровими функціями на єдиному оці, двосторонньою зрілою катарактою або зрілою катарактою на єдиному оці, підвищеною кришталіка, з важкою соматичною патологією і психічними розладами, які не дозволяють здійснити продуктивний контакт з ним.

Ключові слова: катаракта, післяопераційні ускладнення, супутні соматичні та очні захворювання.

Поступила 22.12.2016