

Карагандинский государственный медицинский университет

Витреоретинальная микрохирургия.
Предоперационная подготовка

подготовил: Ахметов А.Ж

- Предоперационная подготовка пациента должна начинаться за- олго до операции - с момента его беседы с офтальмохирургом, и обычно следует за осмотром и уточнением анамнеза болезни и жизни Во время беседы необходимо остановиться на заболевании, приведшем к Вам данного пациента: причине, развитию, клинике, прогнозе, существующих, в том числе альтернативных, способах лечения. Подробно объясняется, почему именно кератопластика с трансплантацией роговицы предпочтительна.

- Затем, на основании полученных медицинских (общее состояние и состояние органа зрения, существующие и перенесенные болезни, клинические показатели крови и мочи, биохимические показатели крови, электрокардиологическое и рентгенологическое исследования, заключение терапевта об отсутствии противопоказаний для операции) и социальных (возраст, профессия, как настоящая, так и планируемая, место работы и место жительства, минимальное зрение, необходимое для выполнения своих профессиональных обязанностей) данных проводится предоперационная оценка. Результатом такой оценки является Ваше решение: какая операция, когда и при каком обезболивании выбранная операция будет произведена.

- Сам офтальмохирург и пациент должны точно представлять цель операции, которая, во многом, предопределит Ваше дальнейшее поведение. Так, если планируется оптическая кератопластика, то Вы должны мягко и дипломатично посоветовать больному решиться на операцию. Срок проведения операции не является в этом случае особо важным моментом ~ плановая операция может состояться и через день, и через месяц и даже год, но с максимальным операционным "комфортом" и обязательно в удобное для пациента и Вас время.

- Если планируется лечебная кератопластика, особенно по неотложным показаниям, то и в этом случае необходимо терпеливо и Подробно (а иногда и жестко) объяснить больному необходимость и Мель операции. Больной должен быть проинформирован, что забо- евание (или травматический процесс) развивается во времени, а При исчерпывании лимита времени могут наступить такие патоло- ям еск"е изменения, которые > приводят к необратимым последстви- • вплоть до потери глаза. Когда же, на Ваш взгляд, такие измене-
- ния все же наступили (например, при круговом абсцессе роговицы, лизисе роговицы от синегнойной палочки, дефектах роговицы прц особо тяжелых ранениях и ряде других состояний, особенно если ОНИ развиваются на фоне эндофтальмита) , больной должен быть ориентирован, что операция, включая кератопластику, является последней и отчаянной попыткой спасения глаза как органа, но и она может закончиться неудачей и даже гибелью глаза (энуклеацией или эвис- церацией).

- И каким бы опытным специалистом Вы бы не были, психологически и юридически правильно в таких случаях принимать решение о предполагаемой операции коллегиально (после совместного с другими офтальмологами осмотра или консилиума) и только после этого сообщать о принятом решении больному. Но в любом случае — оперироваться или нет - решает больной; при его несовершеннолетии, психических расстройствах, бессознательном состоянии - разрешение на проведение операции дают родители либо близкие родственники, и только в случаях их отсутствия - разрешение на операцию офтальмохирург получает на основании заключения консилиума.

- И совершенно по-другому Вы должны вести себя с пациентом, который нуждается в косметической, особенно рефракционной, операции. Крайне важно ознакомить его с возможными операционными и послеоперационными осложнениями, альтернативными способами коррекции. И если и после этого больной просит Вас об операции и дает письменное согласие на нее, хирургу можно решиться на такую операцию.
- Предоперационные мероприятия преследуют цель подготовки больного к наиболее "комфортным" условиям во время операции и после нее. Поэтому, при необходимости, больному назначают средства, улучшающие общее состояние организма или отдельных его систем.

- Плановой операции обязательно предшествует внимательный осмотр конъюнктивы, содержимого конъюнктивального мешка и промывание слезоотводящих путей. При выявлении конъюнктивальной инъекции и патологического содержимого в конъюнктивальном мешке производится бактериологический контроль конъюнктивы. При обнаружении значительной микробной загрязненности в мазке или обильного роста микрофлоры в посевах, производится санация конъюнктивального мешка, а также слезоотводящих путей с учетом чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам.
- Если кератопластика предпринимается по неотложным показаниям, то бактериоскопию мазка с конъюнктивы все же целесообразно произвести. При наличии возможности оправдана и экспресс-
- диагностика посевов на выявление микрофлоры (по Камаеву). В случае необходимости оперируют под защитой антибиотиков широко спектра действия.

- К При плановой кератопластике важно проконтролировать имму- гическое состояние больного как до, так и в разные периоды по- £Ле операции. Исследуется клеточный (Т- лимфоциты) и гуморальный /В-лимфоциты и иммуноглобулины) иммунитет, а также оценивается Сенсibiliзация организма к белкам роговой оболочки. Последнее постигается, в частности, с помощью реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) к антигену роговицы (АР) (13, 38).
- В случаях обнаружения у больных достоверного снижения функциональной активности Т-лимфоцитов и сенсibiliзации организма к роговице, проводятся ежедневные подкожно-юнктивальные инъекции одного из иммуномодуляторов (тималина, тимогена). Это позволяет нормализовать указанные показатели.

- При наличии у пациента васкуляризированного бельма целесообразно попытаться ликвидировать сосуды еще до операции, так как сосуды в послеоперационном периоде способствуют развитию иммунного конфликта и геморрагий в пространство между роговицами донора и реципиента либо в полость глаза. Поэтому за 1-2 недели до вмешательства больные начинали применять витамины (аскорбиновую кислоту, рутин, рибофлавин и др.), десенсибилизирующие средства (кортикостероиды местно, антигистаминные препараты, хлорид или глюконат кальция), ангиопротекторы (продектин, дицинон). В ряде случаев таким больным за 2-3 дня до операции амбулаторно производили лазеркоагуляцию сосудов с помощью инфракрасного иттербий-эрбиевого лазера ($\lambda=1,54$ нм).

- Следует заметить, что обследование и многие из перечисленных выше лечебных мероприятий следует производить амбулаторно. В офтальмохирургический стационар для плановой операции больной должен поступать обследованным и подготовленным
- к операции.
- При кератопластике, как при любой другой микрохирургической операции, для достижения максимально удобных для больного и хирурга условий, прежде всего должно быть хорошим и безопасным обезболивание. Решение о виде анестезии (общая или локальная) офтальмохирург принимает совместно с анестезиологом исходя из возраста пациента, его общего состояния, наличия сопутствующих заболеваний или травм, продолжительности и травматичности хирургического вмешательства. Идеальными пациентами для общей