

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОФТАЛЬМИТАМИ

А. В. Зборовская, канд. мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины»
Одесса, Украина

Виконано ретроспективний аналіз та статистичне дослідження 137 історій хвороби хворих ендодфальмітами, проходивших стаціонарне лікування в нашому Інституті. В результаті проведеного аналізу отримані дані, які підтверджують, що ендодфальміт — це тяжке інвалідизуюче захворювання. Слід звернути увагу на попередження травм органа зору, впровадження нових методів лікування, особливо в гострому періоді (в клініках де вперше діагностовано цю патологію), своєчасне направлення цих пацієнтів в спеціалізовані заклади з високим рівнем надання офтальмологічної допомоги.

Ключевые слова: эндофтальмит, эпидемиология, ретроспективный анализ, статистическое исследование.

Ключові слова: ендодфальміт, епідеміологія, ретроспективний аналіз, статистичне дослідження.

Введение. Одним из самых серьёзных и опасных проявлений внутриглазной инфекции на сегодняшний день продолжает оставаться экзогенный бактериальный эндофтальмит — гнойное воспаление внутренних оболочек глаза, которое возникает при инфицировании внутриглазных тканей после проникающих ранений глаза, полостных операций на глазном яблоке, при прободных язвах роговицы и общих септических состояниях организма. По данным литературы, развитие внутриглазной инфекции при проникающих ранениях глаза отмечают в 5–50 %, а при хирургических вмешательствах на глазном яблоке в 0,02–0,5 % случаев [1]. Слепота и гибель глаза при этом возникает в 53,4–89,4 % случаев, а частота энуклеаций составляет 15–25 % [4]. Частота эндофтальмита после экстракции катаракты в настоящее время составляет 0,02–0,5 %. В США ежегодно выполняется свыше 1,2 млн. экстракций катаракты, что приводит к развитию более 1400 случаев послеоперационного эндофтальмита [2,5]. Таким образом, несмотря на все достижения офтальмохирургии, эндофтальмит продолжает оставаться одним из самых опасных осложнений внутриглазных операций. С 2005г. Европейское общество катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS) проводит многоцентровое исследование, цель которого — изучение влияния некоторых факторов на частоту развития послеоперационного эндофтальмита в хирургии катаракты и методы его профилактики. Представленные данные литературы по эпидемиологии послеоперационного эндофтальмита являются далеко не полными. Невозможно проанализировать случаи асептического увеита и послеоперационной инфекции со сходной клинической картиной. Диагностику эндофтальмита могут затруднять вариабельность клинической

картины заболевания, задержка данных посева, отрицательные результаты посева влаги передней камеры при инфекции в стекловидном теле, отрицательный результат посева из-за недостаточной специализации лаборатории, отсутствие у многих офтальмологов достаточного опыта диагностики и лечения внутриглазной инфекции. Учитывая затруднения в наборе однородных групп больных, разброс статистических показателей, затруднения при их интерпретации, мы решили на базе данных Института глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова проанализировать эпидемиологию данной патологии.

Целью исследования было определить клинико-эпидемиологические особенности эндофтальмита на основании анализа историй болезни пациентов с этой патологией, лечившихся в ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины» с 2001 по 2011 гг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 137 историй болезни больных эндофтальмитами, лечившихся в ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины» в период с 2001 по 2011гг. Создана электронная база данных для статистической обработки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 134 из 137 пациентов эндофтальмит был односторонним и у 3-х больных двусторонним (6 глаз). В 2003 году пациенты с эндофтальмитами составляли 1,95 % от общего количества пациентов, проходивших лечение в Институте. В 2010 году количество пациентов с эндофтальмитами несколько уменьшилось и составило 0,74 %, что можно объяснить повышением качества ока-

Таблица 2

Основные причины развития эндофтальмитов

Этиологический фактор (клинический)	Случаи	
	Количество пациентов	Процент
Травма	77	55,0
Оперативное лечение	16	11,4
Кератит	12	8,6
Язва роговицы	48	34,3
Трансплантация роговицы	5	3,6
Инфильтрат роговицы	11	8,3

зываемой помощи. Однако это заболевание до сих пор остается инвалидизирующим (как правило, в исходе — потеря глаза или зрения).

Средний возраст больных составил 47,1 лет (медиана 47 лет). Возраст пациентов колебался от 10 до 85 лет, распределение по возрасту представлено в таблице 1. Установлено, что большинство пациентов — люди молодого, трудоспособного возраста (20–60 лет). Большинство пациентов с эндофтальмитами составили мужчины (70 %), женщин было гораздо меньше (40 случаев, 30 %). Из сопутствующих соматических заболеваний, отмеченных в истории болезни, у 11,4 % пациентов была диагностирована гипертоническая болезнь, у 4,3 % — ишемическая болезнь сердца, у 5,1 % — сахарный диабет, туберкулез. Венерические и онкологические заболевания не были установлены ни в одном случае. Незначительный процент сопутствующей соматической патологии, которая могла бы оказывать влияние на течение воспалительного процесса, можно объяснить возрастом пациентов и качеством регистрации медицинской информации.

Таблица 1

Распределение больных эндофтальмитом по возрасту

Возраст больных(года)	Количество пациентов (%)
<10–20	4
20–30	22(15,7 %)
30–40	30(21,4 %)
40–50	25(17,9 %)
50–60	25(17,9 %)
60–70	17(12,1 %)
70–80	6
Старше 80	1

При анализе причин обращения в Институт пациентов, которым был поставлен диагноз эндофтальмит, следует сразу обратить внимание на тот факт, что в 80 % (112 случаев) больные эндофтальмитом проходили курс лечения по месту жительства и были направлены в Институт в связи с утяжелением состояния и безуспешностью проводимого лечения по поводу эндофтальмита. Остальные пациенты (20 %) были направлены в Институт с другими диагнозами (травма, кератит, болезнь трансплантата), и диагноз эндофтальмита был установлен уже сотрудниками Института. Травма как причина эндофтальмита составила 55 % (77 глаз) среди всех случаев эндофтальмита. При анализе базы данных оперативное лечение, приведшее к развитию эндофтальмита, составило 11,4 %, кератит — 8,6 %, в то же время язва роговицы была диагностирована у 48 пациентов (34,3 %). При этом на 10 глазах кератит был диагностирован при поступлении в стационар Института и на парных глазах. Трансплантация роговицы, предшествующая развитию эндофтальмита, была в пяти (3,6 %) глазах с этой патологией (табл. 2).

Таким образом, основную причину развития эндофтальмита, с клинической точки зрения, можно было предположить в большинстве случаев (78,5 %). У оставшихся больных провоцирующие факторы развития эндофтальмита по данным анамнеза установить не удалось.

По клинической картине глаз с эндофтальмитами при поступлении в Институт — инфильтрат роговицы отмечался у 53,6 % пациентов на больных глазах и в 7 случаях на парных глазах без эндофтальмита. Перфорация роговицы при поступлении диагностирована на 24 больных глазах с эндофтальмитами, (17,1 %) и в двух случаях на парных глазах, страдающих патологией роговицы, что, однако, не привело в последующем к развитию эндофтальмита на парном глазу. Нарушения рефракции были диагностированы в 10 % случаев на парных глазах и в 3,1 % случаев на глазах с эндофтальмитами (преимущественно на основании анамнеза и записей в медицинской документации). Глаукома была диагностирована в 8,6 % случаев на глазах с эндофтальмитами. Патология хрусталика была установлена преимущественно в глазах с эндофтальмитами (20,93 %) в отличие от парных глаз (7,75 %) ($p < 0,002$). Патология глазного дна была диагностирована в 4 % случаев в глазах с эндофтальмитами, а на парных глазах — в 2 % случаев (табл. 3). Подавляющее большинство пациентов (83 %) с эндофтальмитами имели неформенное зрение.

Полученные данные подтверждают тот факт, что это тяжелое, инвалидизирующее заболевание, и основным критерием эффективности его лечения до сих пор остается сохранение органа и остаточного зрения. Полное отсутствие зрения (ноль) было диагностировано у 12 пациентов (8,6 %), неправильная светопроекция — у 52 пациентов (37,2 %), правильная светопроекция — у 50 (35,7 %). Форменное зрение было диагностировано всего у 22 пациентов (15,7 %), из них 17 имели остроту зрения до 0,2. Полученные данные можно объяснить и тем, что в большинстве случаев пациенты (80 %) поступали в Институт в хронической стадии или в отсроченном травматическом и/или послеоперационном эндофтальмите по классификации С. С. Родина [3].

Таблица 3

Характеристика клинических проявлений эндофтальмита

№ п/п	Клиническое проявление	Количество пациентов	%
1	Гл. дно не визуализируется	127	90,7
2	Ст.тело не визуализируется	109	77,9
3	Гипопион	94	67,1
4	Хрусталик не визуализируется	96	68,6
5	Инфильтрат роговицы	75	53,6
6	Радужка не визуализируется	70	50,0
7	Помутнение роговицы	47	33,6
8	Фибрин в передней камере	44	31,4
9	Язва роговицы	44	33,3
10	Патология хрусталика	37	26,4
11	Помутнение стекловидного тела	27	19,3
12	Деформация зрачка	22	15,7
13	Клеточная инфильтрация ст.тела	18	12,9
14	Абсцесс роговицы	25	17,9
15	Перфорация роговицы	24	17,1
16	Экссудат в зрачке	16	11,4
17	Фибрин в зрачке	16	11,4
18	Заращение зрачка	14	10,0
19	Лизис роговицы	21	15,0
20	Отсутствие передней камеры	21	15,0
21	Гифема	11	7,9
22	Эрозия роговицы	10	7,1
23	Субатрофия радужки	10	7,1
24	Фибрин в стекловидном теле	7	5,0
25	Неоваскуляризация роговицы	3	2,1
26	Бомбаж радужки	3	2,1
27	Неоваскуляризация радужки	3	2,1

Для уточнения этиологии эндофтальмита бактериологическое исследование (посев отделяемого из конъюнктивы) было проведено 87 пациентам (62,2 %). Следовало бы ожидать более высокие цифры проведения бактериологических исследований, однако полученные результаты можно объяснить тем, что большинство пациентов поступали не в острой фазе, а после предварительных курсов консервативного лечения, и полученные результаты посевов, выполненных в Институте, могли не совсем достоверно отражать истинный состав микрофлоры в очаге воспаления. Это предположение частично подтверждается данными бактериологического исследования — в 39,1 % посев был стерильным. В остальном преобладали грамположительная флора (36 глаз, 41,4 %) и грибки (11 глаз, 12,6 %), грамотрицательные микроорганизмы вы-

севались всего у 6 пациентов (6,9 %). При описании клинической картины глаз с эндофтальмитами поражения роговицы были довольно разнообразны — от абсцесса роговицы у 25 пациентов (17,9 %) и ее лизиса (21 глаз, 15 %) до помутнения в 47 глазах (33,6 %). Чаще всего наблюдался инфильтрат роговицы на глазах с эндофтальмитами (75 глаз, 53,6 %). Неоваскуляризация роговицы, как и неоваскуляризация радужки, были установлены всего в трех глазах, свидетельствуя о том, что у большинства пациентов был не хронический, а отсроченный эндофтальмит, при котором процессы альтерации и экссудации все же превалируют над процессами пролиферации. Это подтверждается количеством глаз с эндофтальмитом, в которых был визуализирован гипопион (94 глаза, 67,1 %). В передней камере определялся фибрин (44 глаза, 31,4 %) и гифема всего в 11 случаях. Радужка не визуализировалась в 70 глазах (50,0 %), что обусловлено высоким удельным весом таких поражений роговицы, которые приводят к затруднению визуализации глубже расположенных структур глаза. Скорее всего этим же фактором в большинстве случаев объясняется и затруднение визуализации хрусталика (96 глаз, 68,6 %), стекловидного тела (109 глаз, 77,9 %) и соответственно глазного дна (127 глаз, 90,7 %) (рис. 1).

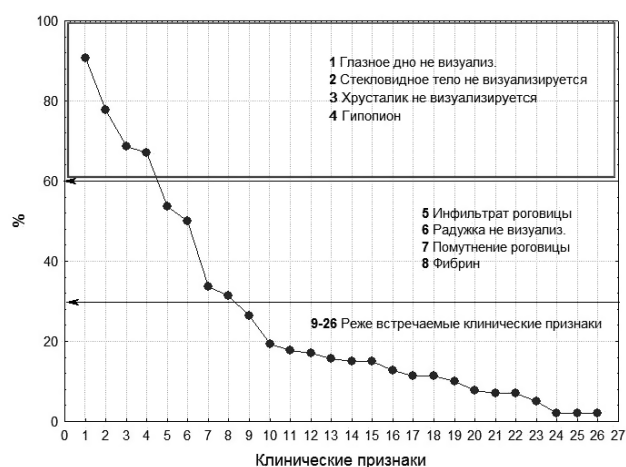


Рис. 1

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что из поступивших в Институт пациентов с эндофтальмитами у 80 % отмечалась хроническая стадия или отсроченный травматический и/или послеоперационный эндофтальмит по классификации С. С. Родина [3]. У 82,3 % пациентов с эндофтальмитами было неформенное зрение. Основные причины развития эндофтальмита можно было установить в 78,5 % случаев, перенесенная травма — в качестве причины эндофтальмита — была зарегистрирована у 55,0 % пациентов.

Полученные данные подтверждают тот факт, что эндофтальмит это тяжелое заболевание, и основным критерием эффективности его лечения до сих пор остается сохранение органа и остаточного зрения. Большинство пациентов — люди молодого, трудоспособного возраста. Учитывая специфику, инвалидизирующий характер заболевания, усовершенствование методов его лечения является особенно актуальным. Особое внимание следует обратить на профилактику глазного травматизма, так как в 55 % случаев — травма является основной причиной развития эндофтальмита. Необходимо также совершенствовать методы оказания своевременной квалифицированной помощи как на местах, так и в специализированных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Логай И. М.** Эффективность интравитреального применения в комплексном лечении больных экзогенным бактериальным эндофтальмитом / И. М. Логай, С. С. Родин // Офтальмол. журн. — 1992. — № 4. — С.193–196.
2. **Южаков А. М.** Новые перспективы в лечении внутренней инфекции / А. М. Южаков, В. П. Быков, И. Д. Зюрняева, М. Г. Гогодзе // Вестник офтальмол. — 2000. — № 2. — С 20–24.
3. **Логай И. М.** Экзогенный бактериальный эндофтальмит / И. М. Логай, С. С. Родин // Одесса. — Черноморье. — 1996. — С. 152
4. **Huber-Spitz V.** Diagnosis and therapy of bacterial endophthalmitis and inflammation markers / V. Huber-Spitz, E. Aricker-Mettinger, K. Herkner, F. J. Steinkogler, L. Georgiew, M. Schiffbanker, G. Granbner // Infection. — 1992. — V.20(3). — P.122–127.
5. **Joondeth B. C.** Purulent anterior segment endophthalmitis following paracentesis / B. C. Joondeth, H. C. Joondeth // Ophth. Surg. — 1986. — Vol. 17. — P. 91–93.
6. **Peyman G.** Endophthalmitis — diagnosis and management / G. Peyman, P. Lee, D. V. Seal // Taylor & Francis. — London. — 2004. — P. 1–270.
7. **Mortin D. F.** Vitreous cefazolin levels after intravenous injection. Effects of inflammation, repeated antibiotic doses and surgery / D. V. Mortin, L. A. Ficker, H. F. Aguilar // Arch. Ophthalmol. — 1990. — V.108(3). — P. 411–414.
8. **Francis B. A.** Lateonset bacteria endophthalmitis following glaucoma drainage implantation / B. A. Francis, D. A. DiLoreto, L. P. Chong, N. Rao // Ophthalmic Surg. Laser. Imaging. — 2003. — V.34(2). — P.128–130.
9. **Berrocal A. M.** Endophthalmitis caused by Moraxella osloensis Graefes / A. M. Berrocal, I. U. Scott, D. Miller, H. W. Flynn // Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 2002. — V.240(4). — P. 329–330.
10. **Kaushik S.** Traumatic lens abscess with chronic endophthalmitis successfully treated with pars plana lensectomy and vitrectomy / S. Kaushik, J. Ram, M. R. Dogra, S. Narang, G. S. Brar, A. Gupta // Ophthalmic. Surg. Lasers. — 2001. — V. 329(3). — P. 239–242.

Поступила 01.02.2012

Рецензент д. м. н. С. К. Дмитриев

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ENDOPTHALMITIS

Zborovska A. V.

Odessa, Ukraine

The results of retrospective analysis and statistical investigation of 129 case histories of patients with endophthalmitis are presented in the paper. These patients were in The Filatov of eye diseases and tissue therapy Institute. The results confirm that endophthalmitis is a severe disabling disease. Attention should be paid to prevention of eye injuries, the introduction of new treatment methods of endophthalmitis, especially in the acute period (in hospitals, where this pathology was first diagnosed), timely referral of such patients to specialized establishments for giving ophthalmic aid.

