

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАТАРАКТОЙ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Цель исследования – оценка структуры осложнений при лечении катаракты и сопутствующей заболеваемости пациентов с позиций перехода на амбулаторное лечение катаракты. Оценка частоты осложнений была проведена у 636 больных катарактой, а структуры сопутствующей заболеваемости – у 540. Установлено, что наиболее частыми осложнениями являются: отек роговицы, иридоциклит и цилиохориоидальный отек. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, высокая близорукость, глаукома и заболевания суставов.

Ключевые слова: амбулаторное лечение катаракты, осложнения, сопутствующая заболеваемость.

По статистическим данным в Украине ежегодно регистрируется свыше 3 миллионов обращений граждан за медицинской помощью при заболеваниях глаз. В структуре глазной заболеваемости последние 10 лет катаракта занимает второе место (11%) после заболеваний конъюнктивы (30,7%) [1, 6, 11, 13].

В результате использования новейших хирургических технологий и современной аппаратуры количество инвалидов, слепота которых связана с катарактой, в Украине за последние 10 лет сократилось с 10% до 1% [1, 11].

Значительное распространение во всем мире амбулаторного лечения катаракты обусловлено постоянным совершенствованием диагностических и лечебных технологий, созданием нового оборудования, проведением малотравматичных и малоинвазивных вмешательств, позволяющих сохранять глубокую и закрытую переднюю камеру на протяжении всех этапов операции, обеспечивающих в большинстве случаев самостоятельную герметизацию и быстрое заживление операционного разреза, незначительные нарушения гематофтальмического барьера. При современной хирургии катаракты удается добиться минимальной степени индуцированного астигматизма, высокой остроты зрения без дополнительной коррекции и, соответственно, сокращения сроков реабилитации пациентов.

Можно отметить значительные преимущества амбулаторного лечения катаракты как для лечебных учреждений, так и для пациентов, поскольку сокращается необходимость в коечном фонде, что влечет за собой экономию энергоносителей и материальных ресурсов. Хирургия одного дня существенно снижает

эмоциональные, физические и экономические затраты пациента, что в корне изменяет отношение к лечению катаракты.

С другой стороны, современное развитие хирургии катаракты повысило требования пациентов к качеству лечения – они стремятся к получению высокого зрения непосредственно после операции. Это требует усовершенствования хирургической техники офтальмологов, постоянного обучения и повышения квалификации, внедрения новых разработок и методик в хирургическую практику клиник, что, в свою очередь, позволяет получать высокие результаты, а также минимизировать риск интра- и послеоперационных осложнений.

Однако полный переход на амбулаторное лечение катаракты имеет ряд ограничений, что необходимо учитывать при организации офтальмологической помощи. Прежде всего, основная масса пациентов с катарактой – люди пожилого и старческого возраста, имеющие значительное количество соматических, а в некоторых случаях – и глазных заболеваний, что может стать причиной послеоперационных осложнений. При наличии сопутствующей патологии сетчатки или зрительного нерва результаты хирургического лечения катаракты могут быть недостаточно высокими.

Кроме того, даже при высоком мастерстве офтальмохирурга и качественном техническом обеспечении операции в определенном проценте случаев наблюдаются различные послеоперационные осложнения. К ним относятся: кистозный макулярный отек, иридоциклит, отек роговицы, дислокация ИОЛ, инфекционный эндофтальмит, разрыв или отслойка сетчатки [4, 5, 9, 14–20]. Каждое из перечисленных осложнений,

по данным разных авторов, встречается достаточно редко (в 0,3–3,3% случаев). В исследованиях, проведенных зарубежными специалистами, установлено, что весь объем осложнений после фактоэмульсификации катаракты может достигать 8,7% [14–20].

Особенностью современного этапа оказания офтальмологической помощи больным катарактой в Украине, с одной стороны, является реформирование системы здравоохранения, с другой – сложная экономическая ситуация, обусловленная недостаточным финансированием отрасли и низкими материальными возможностями большинства населения [10]. Это также необходимо учитывать при формировании стандартов лечения больных катарактой. Сокращение сроков пребывания в стационаре до одного дня не исключает необходимости полного обеспечения лечения за счет пациента, а при современном уровне цен на медикаменты и материалы является недоступным для многих пациентов.

Исходя из вышеизложенного, переход на амбулаторное лечение катаракты в Украине имеет целый ряд особенностей. В первую очередь они связаны с переходными процессами, обусловленными проходящей реформой системы здравоохранения Украины, отсутствием нормативно-правовой базы взаимодействия государственных, коммунальных и частных лечебных учреждений, недостаточным финансовым и материально-техническим обеспечением отрасли. С другой стороны, низкие материальные возможности пациентов, в основном пенсионеров, на плечи которых практически полностью ложится обеспечение хирургического лечения катаракты, наличие у них тяжелой сопутствующей патологии, может стать причиной послеоперационных осложнений и вызывать необходимость длительного пребывания на стационарном лечении.

Целью исследования явилась оценка структуры осложнений при лечении катаракты и сопутствующей заболеваемости пациентов с позиций перехода на амбулаторное лечение катаракты.

Материалы и методы исследования. Оценка частоты встречаемости и структуры осложнений при хирургическом лечении катаракты была проведена путем анализа 636 историй болезни больных катарактой.

Этот анализ структуры сопутствующей заболеваемости больных катарактой был проведен с использованием разработанной нами анкеты, в которую были включены вопросы, касающиеся не только глазного статуса, но и соматического состояния пациентов. Было проанкетировано 540 пациентов, поступивших в глазной стационар для хирургического лечения катаракты. Полученные после этой работы результаты были обработаны статистически с использованием метода анализа альтернативных признаков [8].

Результаты и их обсуждение. Было проанализировано 636 историй болезни больных, прооперированных в Харьковской городской клинической больнице №14 им. проф. Л. Л. Гиришмана, среди которых 365 женщин и 271 мужчина. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

На основании анализа данных, представленных в табл. 1, можно отметить, что количество мужчин и женщин во всех возрастных группах, кроме группы 71–80 лет, близкое. В группе 71–80 лет женщин вдвое больше, чем мужчин, что может быть связано с большей продолжительностью жизни женщин.

В табл. 2 представлено распределение больных мужского и женского пола в группы в зависимости от стадии катаракты. Поскольку группы мужчин и женщин разного объема, то анализ удобнее проводить по частоте встречаемости стадии катаракты в гендерной группе, а не по абсолютным значениям. Можно отме-

Таблица 1

Распределение больных катарактой по полу и возрасту (%)

Больные	Возрастная группа					
	До 40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90 и более
Мужчины (n=271)	6 (2±0,8)	6 (2±0,8)	35 (13±2,0)	83 (31±2,8)	95 (35±2,9)	46 (17±2,3)
Женщины (n=365)	8 (2±0,7)	9 (2±0,7)	34 (9±1,5)	80 (22±2,2)	189 (52±2,6)	46 (13±1,8)
Всего (n=636)	14 (2±0,6)	15 (2±0,6)	69 (11±1,2)	163 (26±1,7)	284 (45±2,0)	92 (14±1,4)

Таблица 2

Распределение больных женского и мужского пола в группы в зависимости от стадии катаракты (%)

Больные	Стадия катаракты			
	зрелая	незрелая	начальная	набухающая
Мужчины (n=271)	75 (28±2,7)	139 (51±9,2)	55 (20±2,4)	2 (1,0±0,6)
Женщины (n=365)	117 (32±2,4)	186 (51±2,6)	60 (16±1,9)	2 (1,0±0,5)
Всего (n=636)	192 (30±1,8)	325 (51±2,0)	115 (18±1,5)	4 (0,6±0,3)

тять, что по частоте встречаемости каждой из стадий катаракты гендерные группы достоверно не различаются. Кроме того, более половины пациентов были прооперированы на стадии незрелой катаракты.

У 53 (8,0±1,1%) пациентов катаракта сопровождалась глаукомой. Среди них было 32 (12,0±2,0%) мужчин и 21 (6,0±1,2%) женщина.

Результаты анализа интра- и послеоперационных осложнений представлены в табл. 3. Общее количество выявленных осложнений составило 52 (8,2±1,1%), что соответствует мировой статистике осложнений после факоэмульсификации катаракты [14–20].

Можно отметить, что наиболее часто встречающимися осложнениями в исследуемой группе пациентов являются отек роговицы и послеоперационный иридоциклит (в 38 случаях, что составило 6,0±0,9% прооперированных больных). Данные осложнения, в большинстве случаев, являются ответной реакцией глаза на операционную травму.

Возникновения отеков роговицы могут быть обусловлены: 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, из которых у 1-го пациента была начальная возрастная катаракта, у 16-ти – незрелая и у 6-ти – зрелая, что указывает на отсутствие явной зависимости появления осложнения от более высокой стадии зрелости катаракты. Средний возраст пациентов с этим осложнением составил 76,7±7,6 года с размахом от 63 до 90 лет. Средний койко-день у этих пациентов составил 8,0±1,3 дня.

Послеоперационный иридоциклит может быть обусловлен целым рядом причин, среди которых выделяют наличие по периферии капсульного мешка остатков хрусталиковых масс, реактивного отека тка-

ней глаза вследствие контакта ИОЛ с внутриглазными структурами (цилиарное тело, радужка), особенно при транссклеральной фиксации ИОЛ, отек синустрабекулярной зоны при имплантации переднекамерных моделей ИОЛ. Также возможной причиной иридоциклита могут быть индивидуальные иммунологические особенности больного. В группе прооперированных пациентов иридоциклит встретился в 2,4±0,6% случаев – у 15 больных. Средний возраст этих больных составил 67,9±8,8 года с размахом от 53 до 82 лет. У 10 пациентов была незрелая катаракта, у 2-х – начальная и у 3-х – зрелая, что также указывает на отсутствие зависимости данного осложнения от более высокой стадии зрелости катаракты.

Во всех случаях профилактику этих осложнений начинают на завершающих этапах операции с введения стероидных препаратов и антибиотиков широкого спектра действия под конъюнктиву. После проведения соответствующей противовоспалительной терапии у всех пациентов был достигнут необходимый клинический эффект.

Цилиохориоидальный отек был выявлен у 8 (1,3±0,4%) больных, которым были проведены комплексные оперативные вмешательства (экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ в сочетании с антиглаукоматозной операцией). Средний возраст пациентов составил 73,5±7,8 года. У 3-х больных с этим осложнением была зрелая катаракта, у 2-х – незрелая, у 3-х – начальная. При данном осложнении средний койко-день составил 9,1±2,0 дня.

Более тяжелых осложнений, описанных в литературе [4, 9, 14–20], в исследованной группе прооперированных больных не было.

В свете популярности амбулаторного лечения катаракты и с целью исследования возможности повсеместного перехода на такую форму офтальмологической помощи нами был проведен анализ соматического состояния 540 больных. На основании анализа анкет, заполненных пациентами при участии лечащих врачей, нами были выделены шесть наиболее часто встречающихся в исследованной группе сопутствующих заболеваний: сахарный диабет (СД),

Таблица 3

Основные виды интраоперационных и послеоперационных осложнений (%)

Вид осложнения	Количество осложнений (n=636)
Гифема	3 (0,5±0,3)
Иридоциклит	15 (2,4±0,6)
Отек роговицы	23 (3,6±0,7)
Цилиохориоидальный отек	8 (1,3±0,4)
Разрыв задней капсулы хрусталика	2 (0,4±0,3)
Фибрин в передней камере	1 (0,2±0,1)
Всего	52 (8,2±1,1)

Примечание: n – объем группы больных катарактой.

гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), высокая близорукость, глаукома, заболевания суставов (артрит, подагра). Данные, представленные в табл. 4, позволяют проанализировать частоту встречаемости сопутствующих заболеваний в группах мужчин и женщин, больных катарактой.

Анализ анкет больных катарактой выявил наличие СД у 12,8±1,5% пациентов. При СД достаточно высок риск возникновения послеоперационных осложнений в виде экссудативной воспалительной реакции, что необходимо учитывать при лечении таких больных [3, 7].

Частота различных осложнений хирургии катаракты при осложненной высокой миопии превышает таковую при сенильной катаракте в 1,5 – 2 раза [2]. Можно отметить, что высокая близорукость наблюдалась у 5,6±1,0% проанкетированных пациентов (у 4,1±1,4% мужчин и 6,3±1,3% женщин) (табл. 4).

Глаукома и катаракта, являясь одними из основных причин слепоты и слабовидения, часто носят **сочетанный** характер – в 17–38,6% случаев [5, 6]. Известно также, что после антиглаукоматозных операций отмечается частое возникновение и прогрессирование катаракты, которое может составлять от 15 до 81%. Катаракта в глаукомном глазу, как правило, носит осложненный характер. При этом могут отмечаться псевдоэксфолиации, задние синехии, ригидный зрачок. Известно, что катаракта осложняет течение глаукомы в 17–76% случаев, причем практически всегда на глаукомном глазу имеет место подвывих хрусталика в той или иной степени. Среди обследованных нами пациентов было выявлено 7,8±1,2% больных, у которых катаракта сочеталась с глаукомой.

В пожилом возрасте значительную распространенность имеют заболевания суставов, лечение которых в большинстве случаев проводят с использованием **глюкокортикостероидных препаратов** [12]. Артрит и подагра имелись у 6,7±1,1% проанкетированных пациентов, причем чаще эта патология наблюдалась у женщин, особенно в старшей возрастной группе.

На основании проведенного анализа выявлено, что наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями больных катарактой были гипертоническая болезнь (у 34,6±2,1% пациентов) и ИБС (у 28,9±2,0% пациентов), причем ГБ чаще встречалась у женщин. Такая распространенность этих заболеваний у больных катарактой может объясняться возрастом пациентов, поскольку основная их масса находится в возрастных группах 61–70 лет (24±1,8% всех пациентов) и 71–80 лет (47,6±2,1% всех пациентов), причем во второй возрастной группе их достоверно ($P<0,001$) больше. С другой стороны, ГБ и ИБС способствуют нарушению нормального протекания обменных процессов в организме и тканях глаза, что может служить пусковым механизмом для ускоренного развития катаракты, а также развития послеоперационных осложнений.

Проведенные исследования, в определенной степени, позволяют определить ограничения для полного перехода на амбулаторное лечение катаракты и обосновать необходимость сохранения коечного фонда в глазных стационарах. Эти ограничения обусловлены возрастным составом больных катарактой, а также наличием сопутствующей соматической патологии, которая может стать причиной послеоперационных осложнений. Кроме того, при любых хирургических вмешательствах существует риск развития интра- и послеоперационных осложнений в определенном проценте случаев, поэтому необходимы условия для стационарного лечения этих осложнений.

Выводы

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Как показал проведенный анализ, наиболее частыми осложнениями хирургического лечения катаракты являются: отек роговицы (3,6±0,7%), иридоциклит (2,4±0,6%) и цилиохориоидальный отек (1,3±0,4%) после комплексных оперативных вмешательств при катаракте в сочетании с глаукомой, лече-

Таблица 4

Распределение мужчин и женщин в зависимости от частоты встречаемости сопутствующих заболеваний (%)

Группы	Заболевания					
	СД	ГБ	ИБС	Высокая близорукость	Глаукома	Артрит, подагра
Мужчины (n=193)	21 (10,9±2,3)	51 (26,4±3,2)	50 (25,9±3,2)	8 (4,1±1,4)	18 (9,3±2,1)	7 (3,6±1,4)
Женщины (n=347)	48 (13,8±1,9)	136 (39±2,6)* ($P<0,001$)	106 (30,5±2,5)	22 (6,3±1,3)	24 (7,2±1,4)	29 (8,4±1,5)* ($P<0,02$)
Всего (n=540)	69 (12,8±1,5)	187 (34,6±2,1)	156 (28,9±2,0)	30 (5,6±1,0)	42 (7,8±1,2)	36 (6,7±1,1)

Примечание: * – различия в частоте встречаемости заболевания у мужчин и женщин достоверны; n – объем группы.

ние которых в условиях стационара занимает от 5 до 9 дней.

2. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных катарактой являются гипертоническая болезнь (34,6±2,1%), ишемическая болезнь сердца (28,9±2,0%), сахарный диабет (12,8±1,5%), высокая близорукость, глаукома и заболевания суставов (6–8%). Данные заболевания сопровождаются нарушением нормального протекания обменных процессов в организме и могут стать причиной интра- и послеоперационных осложнений, что требует тщательного дооперационного обследования пациентов и, в некоторых случаях, стационарного ведения послеоперационного периода.

3. При разработке стандартов хирургического лечения больных катарактой необходимо учитывать наличие у пациентов пожилого и старческого возраста сопутствующей патологии, отягощающей течение заболевания, и возможность возникновения послеоперационных осложнений, требующих стационарного лечения.

Перспективой дальнейших исследований является разработка рекомендаций оказания хирургической помощи больным катарактой при наличии сопутствующей патологии в условиях стационара и амбулаторно.

Литература

1. *Бездітко П. А.* Стан офтальмологічної допомоги населенню в Україні / П. А. Бездітко, Н. В. Бездітко // Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі. Довідник лікаря. – К.: Видавничий Дім «Здоров'я України», 2008. – С. 27–29.
2. *Введенский А. С.* Хирургия катаракты у пациентов с высокой близорукостью / А. С. Введенский, Ю. Н. Юсеф, Е. В. Резникова // Вестник офтальмологии – 2005. – № 6. – С. 47–49.
3. Глазные проявления диабета / [Измайлов А. С., Балашевич Л. И., Бржеский В. В. и др.] Под ред. Л. И. Балашевича – СПб: Издательский Дом «СПб МАПО», 2004. – 382 с.
4. *Иошин И. Э.* Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факоэмульсификации катаракты / И. Э. Иошин, А. И. Толчинская // Eye World. – 2011. – Vol. 4, № 3. – P. 52–53, 56.
5. *Иошин И. Э.* Факоэмульсификация / И. Э. Иошин – М.: Апрель, 2012. – 102 с.
6. Катаракта / [Веселовская З. Ф. и др.]; ред. З. Ф. Веселовская. – К.: Книгаплюс, 2002. – 208 с.
7. Катаракта. Сахарный диабет. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.evgoinpharma.ru/katarakta.html>
8. *Лакин Г. Ф.* Биометрия: учебное пособие для биол. спец. вузов / Г. Ф. Лакин – [4-е изд., перераб. и доп.] – М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.
9. Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факоэмульсификации осложненных катаракт / И. Э. Иошин, А. И. Толчинская, Ю. Ю. Калинин, Г. Т. Хачатрян // Рефракционная хирургия и офтальмология. – 2010. – Т. 10, № 4 – С. 38–40.
10. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте / [В. В. Безруков, В. П. Войтенко, Н. Г. Ахаладзе и др.]. – К.: ООО Феникс. – 2015. – 141 с.
11. *Риков С. О.* Організація кваліфікованої та висококваліфікованої офтальмологічної допомоги населенню України в рамках інтегративно-диференційованої моделі / С. О. Риков // Галицький лікарський вісник. – 2003. – Т. 10, № 4. – С. 108–113.
12. Роль лекарственной терапии в лечении артритов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.spinet.ru>.
13. Слабкозорість та сліпота. Стан проблеми та шляхи її розв'язання у рамках глобальної ініціативи ВООЗ «VISION-2020» // Сліпота та слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні. Довідник лікаря. – К.: Видавничий Дім «Здоров'я України», 2011. – С. 27–29.
14. *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.
15. *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.
16. *Mamalis N.* Toxic anterior segment syndrome / N. Mamalis, H. F. Edelhauser, D. G. Dawson // J. Cataract Refract Surg. – 2006. – Vol. 32. – P. 324–333.
17. *Moreno-Montanes J.* Intraoperative and postoperative complications of Cionni endocapsular ring implantation / J. Moreno-Montanes, C. Sainz, M. J. Maldonado // J. Cataract Refract. Surg. – 2003. – Vol. 29, № 3. – P. 492–497.
18. *Powe N.R.* Cataract Patient Outcome Research Team. Synthesis of the literature on visual acuity and complications following cataract extraction with intraocular lens implantation / N. R. Powe, O. D. Schein, S. C. Gieser // Arch. Ophthalmol. – 1994. – Vol. 112. – P. 239–252.
19. The Cataract National Dataset electronic multi-centre audit of 55 567 operations: updating benchmark standards of care in the United Kingdom and internationally / P. Jaycock, R. L. Johnston, H. Taylor [et al.] // Eye. – 2007. – Vol. 23 (1). – P. 38–49.
20. *Wallin T.* Cohort study of 27 cases of endophthalmitis at a single institution / T. Wallin, J. Parker, Y. Jin // J. Cataract. Refract. Surg. – 2005. – Vol. 31. – P. 735–741.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА КАТАРАКТУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

М.І. Ковтун

Оцінка структури ускладнень при лікуванні катаракти та супутньої захворюваності пацієнтів з позицій переходу на амбулаторне лікування катаракти. Оцінку частоти зустрічальності ускладнень було проведено у 636 хворих на катаракту, а структури супутньої захворюваності – в 540. Встановлено, що найбільш частими ускладненнями є набряк рогівки, іридоцикліт та циліохоріоїдальний набряк. Супутньою патологією, яка найчастіше зустрічається у хворих на катаракту, є гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, висока короткозорість, глаукома і захворювання суглобів.

Ключові слова: *амбулаторне лікування катаракти, ускладнення, супутня захворюваність.*

THE PECULARITIES IN ORGANIZING OPHTHALMOLOGICAL CARE FOR CATARACT PATIENTS IN CONDITIONS OF REFORMING HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

M. Kovtun

Head Physician of Healthcare Communal Institution

«Kharkiv City Clinical Hospital № 14 named after Professor L. Hirshman» of the Ministry of Public Health of Ukraine
Kharkiv, Ukraine

Introduction. During last 10 years cataract ranks the second place (11%) among all eye diseases. The significant popularity of outpatient treatment of cataract all over the world is caused by constant improvement of diagnostic and treatment technologies, new equipment development and implementation of minimally invasive and minimally traumatic surgical interventions. One-day surgery significantly decreases the patient's emotional, physical and financial expenses and changes his attitude to cataract's treatment. However, complete transition to outpatient treatment has some restrictions, such as possibility of complications during and after the invention and also presence of somatic pathology.

The aim of the research is to estimate cataract treatment complications and patient's comorbid status in the aspect of transition cataract patients to outpatient treatment.

Materials and methods. The estimation of prevalence and structure of cataract surgical treatment complications was performed using the data of 636 case histories. The original questionnaire was applied for assessment concomitant diseases structure of 540 patients.

Results and discussions. It was shown that the most frequent complications of cataract surgical treatment are corneal oedema (3,6±0,7)%, iridocyclitis (2,4±0,6)% and cilio-choroidal oedema (1,3±0,4)% after complex surgical interventions because of cataract in combination with glaucoma. The treatment of listed complications usually takes 5–9 days in hospital conditions.

The most frequent concomitant diseases in cataract patients are the arterial hypertension (34,6±2,1)%, ischemic heart disease (28,9±2,0)%, diabetes mellitus (12,8±1,5)%, high grade myopia, glaucoma and joint diseases (6–8)%. These diseases can be the cause of intra-surgery and post-operative complications. The comorbid status requires the detailed examinations of the patients and in some cases hospital treatment in postoperative period.

Conclusions:

The concomitant diseases (comorbid status) of aged and old cataract patients should be taken into account during the development of cataract surgical treatment standards.

The total number of complications among the examined patients was equal to 52 (8,2±1,1)%. Such rate corresponds to world statistics of cataract phacoemulsification complications and proves the necessity of keeping beds in hospitals even in conditions of mass transition to outpatient cataract treatment.

Key words: *outpatient treatment of cataract, complications, concomitant diseases (comorbid status) in cataract patients.*

Стаття надійшла до редакції 01.10.2015 р.