

УДК 616-082.6

## Организационные аспекты стационарозамещающей хирургической помощи пациентам с катарактой в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза»

А.В. Терещенко, И.Г. Трифаненкова, Е.И. Белова, А.С. Петрушина, А.М. Иванов, А.С. Кузьминская

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Калужский филиал

### РЕФЕРАТ

**Цель.** Рассмотреть организационные аспекты хирургии катаракты в условиях стационара «одного дня» в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» и оценить ее эффективность.

**Материал и методы.** Созданный в Калужском филиале стационар «одного дня» (дневной стационар) является одним из видов стационарозамещающих форм и подразумевает госпитализацию, операцию, ближайший послеоперационный период и выписку больного в один и тот же день.

В клинической практике Калужского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» активно используются новейшие технологии хирургии катаракты, которые позволяют выполнять операции амбулаторно.

**Результаты.** За период 2015-2016 гг. в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» было выполнено 12 357 операций по поводу катаракты. Из них 11 368 (92%) – в условиях стационара «одного дня». По сравнению с аналогичным периодом предыдущих лет, до внедрения стационарозамещающей хирургической помощи

пациентам с катарактой, количество операций увеличилось на 36%.

Несмотря на отсутствие послеоперационного долечивания в условиях круглосуточного стационара, клинико-функциональные результаты хирургического лечения катаракты являются высокими. К тому же большая часть пациентов удовлетворена отсутствием необходимости госпитализации и возможностью находиться в домашних условиях после перенесенной операции.

Наряду с клинической эффективностью амбулаторного лечения был получен значительный экономический эффект.

**Выводы.** Внедрение стационарозамещающих форм при оказании специализированной медицинской помощи позволяет выполнять больший объем оперативного лечения, обеспечивая эффективность и безопасность хирургии катаракты и являясь перспективным направлением развития здравоохранения.

**Ключевые слова:** катаракта, стационар «одного дня», амбулаторная хирургия. ■

**Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.**

Офтальмохирургия.– 2017.– № 2.– С. 62–66.

### ABSTRACT

## Organizational aspects of outpatient surgical care for patients with cataract in the Kaluga branch of the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution

A.V. Tereschchenko, I.G. Trifanenkova, E.I. Belova, A.S. Petrushina, A.M. Ivanov, A.S. Kuzminskaya

The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, the Kaluga branch

**Purpose.** Is to consider the organizational aspects of outpatient cataract surgery in the Kaluga branch of the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution and evaluate its effectiveness.

**Material and methods.** The outpatient cataract surgery established in Kaluga branch is a type of hospital-replacing forms and involves hospitalization, surgery, nearest postoperative period and the patient's discharged in the same day, that is not required inpatient medical care.

The modern technologies in cataract surgery actively use in clinical practice of the Kaluga branch of Eye Microsurgery, that allow to perform operations on an outpatient basis.

**Results.** During 2015-2016 in the Kaluga branch of Eye Microsurgery in 12 357 cataract surgeries were performed, including 11 368 (92%) in outpatient regime. The number of surgeries increases by 36% as compared with the same period before the outpatient surgical care began to use.

The clinical and functional results of the outpatient cataract surgery

are high, despite the absence of postoperative follow-up in inpatient regime. Besides, the majority of patients are satisfied with the absence of hospitalization and possibility to be at home after undergoing surgery.

Alongside with the clinical effectiveness the outpatient treatment is resulted in considerable economic effect.

**Conclusions.** Outpatient medical surgical care allows to perform major volume of operative treatment, ensuring the effectiveness and safety of cataract surgery and is a promising direction of the healthcare development.

**Key words:** cataract, outpatient cataract surgery, ambulatory surgery. ■

**No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.**

The Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery.– 2017.– No. 2.– P. 62–66.

**К**атаракта является одной из основных причин слабости зрения и обратимой слепоты в мире и диагностируется у каждого шестого человека в возрасте старше 40 лет и у подавляющей части населения – к 80-ти годам [4, 8, 10]. Еще в 2004 г. прогнозировалось увеличение численности больных катарактой с 20 до 40 млн. чел. к 2020 г. [9], учитывая постепенно возрастающую продолжительность жизни, особенно характерную для экономически развитых стран.

Данные о заболеваемости катарактой в Российской Федерации отличаются значительной вариабельностью. Согласно одним источникам, диагноз «катаракта» в нашей стране имеют 1 200 чел. на 100 000 населения, что в совокупности составляет примерно 1 750 000 чел. [1, 3]. Согласно другим данным, количество пациентов с катарактой в России может превышать 10 000 000 чел. [6].

На фоне цифр заболеваемости количество хирургических операций по поводу катаракты в РФ составляет от 380 000 до 480 000 в год [3, 6], что указывает на очевидную недостаточность объемов хирургии. При этом специалисты отмечают факт большей доступности офтальмохирургической помощи в городах и крупных населенных пунктах, чем в сельской местности [3].

Причины несоответствия между потребностями пациентов в хирургическом лечении катаракты и количеством выполняемых операций различны: социально-экономические, кадровые, технологические, юридические и т.д. При этом стойкой тенденцией последних лет является стремительное развитие и совершенствование технологии хирургии катаракты, которая не требует пребывания в условиях стационара и длительного послеоперационного долечивания.

## ЦЕЛЬ

Рассмотреть организационные аспекты хирургии катаракты в условиях стационара «одного дня» в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» и оценить ее эффективность.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2015 г. в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» было разработано и утверждено Положение о порядке проведения лечения в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в условиях стационара «одного дня». Данное Положение согласовано с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Калужской области и Министерством здравоохранения Калужской области.

Созданный в филиале стационар «одного дня» (дневной стационар) является одним из видов стационарозамещающих форм и подразумевает госпитализацию, операцию, ближайший послеоперационный период и выписку больного в один и тот же день, т.е. не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

Кроме того, в соответствии с Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования в Калужской области предусмотрена оплата стоимости лечения по клинико-статистическим группам (КСГ) по утвержденному тарифу полностью при условии выполнения установленного комплекса лечебных, реабилитационных мероприятий при направлении пациента на лечение в дневной стационар, независимо от сроков лечения.

В клинической практике Калужского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» активно используются новейшие технологии хирургии катаракты, которые позволяют выполнять операции амбулаторно.

Факоемульсификация катаракты выполняется на современных хирургических системах Centurion Vision System и Infinity Vision System (Alcon, США). Следует отметить, что в модели Centurion используется активный контроль динамических потоков, что обеспечивает проведение хирургии при постоянно контролируемом физиологическом уровне внутриглазного давления (ВГД).

Имеющаяся в технологическом парке филиала система планирования изображения VERION способствует созданию идеального хирур-

гического плана операции, помогает определить оптимальную локализацию разрезов, локализацию и размер капсулорексиса, дает расчеты для циклоротации.

В филиале широко используется технология фемтосекундного лазерного сопровождения хирургии катаракты на фемтолазере Femto LDV Z8 (Zimmer, Швейцария). Данная установка обладает высокой частотой и низкой продолжительностью импульса, что гарантирует высокое качество лазерных резов при меньшей затрате лазерной энергии. Фемтолазерное сопровождение обеспечивает выполнение этапов капсулорексиса, роговичных разрезов и фрагментации ядра хрусталика в автоматическом режиме, без участия хирурга. Отличительной особенностью Femto LDV Z8 является его мобильность, что дает возможность быстро и легко перемещать его к любому операционному столу, исключая необходимость перемещения пациента.

В Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» также применяется конвейерная технология катарактальной хирургии с фемтосекундным лазерным сопровождением на автоматизированной линии прозрения. Четыре хирурга используют один фемтолазер и две факомашины и выполняют отдельные последовательные этапы хирургии. В рамках каждого этапа хирург успеваеет выполнить запланированный объем манипуляций.

Критерием отбора пациентов для проведения конвейерной технологии факоемульсификации с фемтолазерным сопровождением является наличие катаракты без сопутствующих патологий глаза, таких как: обширное помутнение роговицы, подвывих хрусталика 3-4 степени, кистозная фильтрационная подушка, птеригиум 2 и 3 степеней, узкий зрачок диаметром менее 4 мм (при максимальном медикаментозном мидриазе), влажные формы макулодистрофии. Кроме того, ограничениями для постановки вакуумно-

## Для корреспонденции:

Трифаненкова Ирина Георгиевна,  
зам. директора по научной работе  
E-mail: nauka2@eye-kaluga.com

го кольца является маленький размер орбиты, энофтальм, микрофтальм. При этом плотность ядра хрусталика не имеет принципиального значения. Специалистами филиала отработаны энергетические параметры фемтолазерного излучения в зависимости от степени плотности ядра хрусталика, позволяющие добиться полноценной факофрагментации при любой его плотности.

Следует отметить, что пациентам с увеальной катарактой или перенесшим обострение увеита за последние 3 мес., с декомпенсацией внутриглазного давления, дистрофией роговицы, значительными дефектами связочного аппарата, посттравматической катарактой, а также пациентам, которым планируется больший объем вмешательства (синехиотомия, имплантация иридовитреальной ИОЛ с фиксацией к радужке и т.п.) в амбулаторных условиях факоэмульсификацию катаракты не выполняют.

Получить направление в филиал на хирургию катаракты в условиях стационара «одного дня» пациенты могут, придя на прием в кабинеты КФ МНТК «Микрохирургия глаза» в пяти поликлиниках г. Калуги. Также пациенты получают направление на амбулаторную хирургию от врачей-офтальмологов филиала во время выездных консультативно-диагностических приемов на передвижном медицинском комплексе (на базе грузового автомобиля Volvo) по области и прилежащим регионам. Помимо этого, пациенты, самостоятельно обратившиеся в филиал, при отсутствии противопоказаний ориентируются на хирургическое лечение в условиях стационара «одного дня».

Уже на этапе первого обращения врач-офтальмолог разъясняет пациенту преимущества амбулаторного хирургического лечения и предоставляет всю необходимую информацию, в том числе об обследованиях и анализах.

Движение пациентов стационара «одного дня» в филиале организовано следующим образом. При непосредственном обращении в филиал пациенту оформляется амбулаторная карта (с дублированием в электронном виде в компьютерной базе). Проводятся диагностические обследова-

ния: авторефрактокератометрия, визометрия, тонометрия, офтальмометрия, электрическая чувствительность и лабильность зрительного нерва, эндотелиальная микроскопия роговицы. Далее пациент переходит на прием к врачу-офтальмологу, который на основании данных диагностических исследований и проведенного осмотра ставит диагноз и принимает решение о дальнейшей тактике лечения. Отбор пациентов на хирургию в амбулаторных условиях осуществляется строго по показаниям.

Для обеспечения соблюдения пациентом требуемого амбулаторного режима была разработана «Памятка амбулаторного пациента». Она содержит алгоритм действий пациента на всех этапах лечения, включая перечень препаратов и режим инстилляций, порядок и сроки посещения кабинетов до и после операции. Выдача пациенту памятки сопровождается детальными пояснениями врача.

В соответствии с Положением о порядке проведения лечения в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в условиях стационара «одного дня» при осуществлении лечения ведется следующая медицинская документация: операционный журнал, протокол операции, лист анестезиологического пособия. Записи по ведению пациента в стационаре «одного дня» осуществляются в медицинской карте стационара одного дня. Все перечисленные документы дублируются в электронном виде в единой компьютерной базе филиала, доступ к которой имеет каждый кабинет КФ МНТК «Микрохирургия глаза» в поликлиниках г. Калуги.

Пациент приходит в филиал в назначенный день операции. Для иногородних пациентов предусмотрена возможность размещения в близлежащей гостинице в день накануне операции, а также на следующий день после операции, если это необходимо с учетом транспортного расписания.

В процедурном кабинете пациент получает премедикацию. Затем переодевается в стерильную одежду и переводится в предоперационную. Хирургическое вмешательство про-

водится в операционной под местной ретробульбарной регионарной анестезией в условиях управляемой артериальной гипотонии. Выполняется факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ.

Во всех случаях пациенты отправляются домой в день операции с рекомендациями через 4 часа снять повязку и закапать антибактериальные и стероидные глазные капли. На послеоперационный осмотр пациенты обязательно приглашаются на следующий день. Выполняется проверка некорригированной и, при необходимости, корригированной остроты зрения, проводится биомикроскопия. В послеоперационном периоде пациентам назначается местная антибактериальная и противовоспалительная терапия в виде глазных капель (фторхинолоны последнего поколения + глюкокортикостероид), при необходимости – слезозамещающие препараты, нестероидная противовоспалительная терапия.

Плановые послеоперационные осмотры (через 1 неделю и 1 мес. после операции) осуществляются в поликлинических кабинетах КФ МНТК «Микрохирургия глаза» для жителей г. Калуги и по месту жительства – для жителей других регионов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

За период 2015-2016 гг. в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» были выполнены 12 357 операций по поводу катаракты. Из них 11 368 (92%) – в условиях стационара «одного дня». По сравнению с аналогичным периодом предыдущих лет, до внедрения стационарозамещающей хирургической помощи пациентам с катарактой, количество операций увеличилось на 36% за счет увеличения пропускной способности клиники и отсутствия необходимости использования коечного фонда.

Средняя максимальная острота зрения пациентов до операции составляла  $0,27 \pm 0,15$  и колебалась от светоощущения с правильной проекцией до 0,7. Основная сопутствующая патология включала открытоугольную глаукому, закрытоугольную глаукому, диабетическую ретинопа-

тию, высокую осложненную миопию, дистрофии сетчатки.

Повышение максимальной остроты зрения после хирургии катаракты имело место во всех случаях. Средняя максимальная острота зрения после операции составила  $0,78 \pm 0,11$ . У 17% пролеченных пациентов отмечалось умеренное реактивное повышение внутриглазного давления, которое купировалось медикаментозно. В 23% случаев наблюдался легкий отек роговицы, в 8% – умеренный отек роговицы с захватом оптической зоны, которые были также купированы медикаментозно. Экссудативных реакций, стойкого повышения внутриглазного давления не было ни в одном случае. Отсутствие осложнений в послеоперационном периоде обеспечивается тщательным отбором пациентов на амбулаторную хирургию строго по показаниям, применением современных высокотехнологичных методов хирургического лечения катаракты.

Очевидно, что, несмотря на отсутствие послеоперационного долевания в условиях круглосуточного стационара, клинично-функциональные результаты хирургического лечения катаракты являются высокими. К тому же большая часть пациентов удовлетворена отсутствием необходимости госпитализации и возможностью находиться в домашних условиях после перенесенной операции.

В ходе сравнительного анализа экономических затрат на оперативное лечение катаракты в амбулаторных условиях и в условиях стационара были получены следующие результаты. Средняя стоимость оперативного лечения катаракты на один глаз в амбулаторных условиях составила 42 257 рублей. Затраты на оперативное лечение катаракты в стационарных условиях составили 51 743 рубля. В целом лечение в стационарных условиях обходилось в среднем на 22% дороже, чем лечение в амбулаторных условиях, поскольку при лечении в условиях стационара появляются дополнительные статьи расходов: на питание и содержание пациента, на лекарственные препараты, используемые в послеоперационном лечении; стоимость профессиональных медицинских услуг

(оплата рабочего времени врачей и медицинских сестер) и др.

Таким образом, наряду с клинической эффективностью амбулаторного лечения, был получен значительный экономический эффект. При выполнении всех катаракт амбулаторно экономия в год составляет 66,5 млн. рублей, из которых 43,2 млн. рублей – экономия средств фонда обязательного страхования. Наряду с прямой экономией имеет место косвенная экономия: медицинская помощь оказывается на более ранних стадиях заболевания, что предотвращает развитие более тяжелых форм и их осложнений. Кроме того, трудоспособные пациенты тратят минимум времени на лечение (листок нетрудоспособности выдается по требованию пациента на 10 дней, этого периода, как правило, достаточно для реабилитации, и его продления не требуется), что дополнительно экономит средства как государства, так и самих пациентов.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время катаракта в России находится на первом месте среди заболеваний, ведущих к слепоте в пожилом и старческом возрасте (58%) и занимает третье место среди заболеваний, приводящих к инвалидности по зрению (12%) [6].

По данным National Eye Institute (NEI), в США ежегодно выполняют более 3 000 000 операций по поводу катаракты [11]. В нашей стране этот показатель более чем в 6 раз меньше. Учитывая количество проводимых операций по экстракции катаракты в РФ, потребность в оперативном лечении удовлетворяется всего на 25-30% [6].

Отечественные специалисты отмечают, что катаракта, помимо медицинской проблемы, создает проблемы социальные, поскольку ведет к значительному снижению качества жизни пациентов. Кроме того, катаракта оказывает непосредственное влияние на экономику страны, так как увеличивает количество нетрудоспособного населения и повышает затраты государства на его обеспечение. Поэтому, по мнению экспертов, проблема лечения ката-

рактальной слепоты в России должна быть одним из приоритетных направлений в области здравоохранения [6].

В совместном исследовании, проведенном специалистами ведущих московских офтальмологических институтов и клиник, было показано, что если хирургическое лечение катаракты откладывается, то в течение времени ожидания операции качество жизни пациентов будет в той или иной степени ограничено, обуславливая тем самым дополнительные прямые и косвенные затраты [5]. Помимо этого, снижается вероятность получить максимально высокие зрительные функции после операции.

Одним из путей увеличения объемов хирургических вмешательств по поводу катаракты является переход на стационарозамещающие формы медицинской помощи.

Внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный определено Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

На сегодняшний день в практике сформировались следующие виды стационарозамещающих форм: дневные стационары, стационары на дому, амбулаторная хирургическая помощь, центры амбулаторной хирургии, стационары одного дня и т.п.

Деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 9 декабря 1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Приказом определено, что дневной стационар является структурным подразделением амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских институтов и образовательных учреждений. Цель работы дневного стационара – проведение диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических

мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследований в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. Режим работы дневного стационара определяется руководителем медицинского учреждения, на базе которого расположен дневной стационар, и зависит от профиля дневного стационара и характера патологии.

В отечественной литературе рассматриваются различные аспекты стационарозамещающей хирургической помощи пациентам с катарактой.

По мнению Денкевиц М.Н. с соавт. (2009), проведение фактоэмulsionификации катаракты в амбулаторных условиях в значительной степени снижает как «эмоциональные» затраты пациента, так и экономические затраты офтальмологических клиник [2]. При этом авторы отмечают схожие клинические результаты у пациентов стационарного и амбулаторного пребывания.

Чупров А.Д., Кудрявцева Ю.В. (2012) в своей работе акцентировали внимание на сложностях внедрения амбулаторной хирургии катаракты в условиях государственного учреждения здравоохранения [7]. Среди них такие, как недостаточное финансирование, отсутствие тарифа на законченный случай хирургического лечения катаракты, существование медико-экономических стандартов, регламентирующих сроки пребывания пациента в стационаре, которые при несложной хирургии катаракты являются избыточными, а также отказ ряда пациентов от амбулаторного лечения из-за отсутствия информированности о современных способах лечения катаракты, страха пе-

ред операцией, сложностей с транспортом, трудностей с самостоятельным передвижением и т.д. Тем не менее, авторы отмечают, что вышеуказанные проблемы решаемы, и амбулаторная хирургия катаракты в государственном учреждении является эффективным способом сокращения сроков ожидания медицинской помощи и повышения ее доступности.

В настоящей работе представлен опыт стационарозамещающей хирургической помощи пациентам с катарактой в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза». Использование возможностей стационара «одного дня» привело к увеличению объемов хирургии катаракты на 36% при значительном снижении затрат.

Применяемые современные высокотехнологичные методы лечения, включая фемтолазерное сопровождение и конвейерную технологию, в сочетании с правильным отбором пациентов позволяют сократить реабилитационный период до нескольких часов и достичь высоких клинико-функциональных результатов без послеоперационного долечивания в условиях стационара.

## ВЫВОДЫ

1. Внедрение стационарозамещающих форм при оказании специализированной медицинской помощи позволяет выполнять больший объем оперативного лечения, рационально использовать и материально-технические ресурсы медицинского учреждения, и финансовые средства здравоохранения.

2. Использование современных медицинских технологий хирургического лечения обеспечивает эффективность и безопасность стационарозамещающей хирургии у пациентов с катарактой.

3. Организация стационара «одного дня», как и амбулаторная хирургическая помощь, являются перспективным направлением развития здравоохранения, максимально приближающим медицинскую помощь к пациентам с наименьшими затратами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бранчевский С.Л., Малогин Б.Э. Распространенность нарушения зрения вследствие катаракты по данным исследования РААВ в Самаре // Офтальмохирургия. – 2013. – № 3. – С. 82-85.
2. Денкевиц М.Н., Малов В.М., Ершовская Е.Б., Малов И.В. Влияние экстракции возрастной катаракты в амбулаторных условиях и стационаре на качество жизни больных // Вестник ОГУ. – 2009. – № 12. – С. 30-32.
3. Диагностика и лечение возрастной катаракты: Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». – М., 2014. – Режим доступа: URL: <http://www.avo-portal.ru/doc/fkr/item/186-diagnostika-i-lechenie-vozrastnoy-katarakty-2014>. (Дата обращения: 08.11.2016).
4. Макаров П.Г. Глазные Болезни и их профилактика. – Красноярск: Изд-во Красноярского ун-та, 1986. – 326 с.
5. Нероев В.В., Малогин Б.Э., Трубилин В.Н., Жуденков К.В., Орлова О.М. Клинические и социальные аспекты лечения катаракты в России // Катарактальная и рефракционная хирургия. – 2016. – Т. 16, № 1. – С. 4-14.
6. Пресс-релизы: [Электронный ресурс] / Офтальмология, 2012. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=51659>. (Дата обращения: 08.11.2016).
7. Чупров А.Д., Кудрявцева Ю.В. Опыт амбулаторного хирургического лечения катаракты в условиях государственного учреждения здравоохранения // Восток-Запад – 2012: Сб. научн. тр. – Уфа, 2012. – С. 72.
8. Brian G., Taylor H. Cataract blindness – challenges for the 21 century // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. – Vol. 79. – P. 249-256.
9. Congdon N., Vingerling J.R., Klein B.E. et al. Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adults in the United States // Arch Ophthalmol. – 2004. – Vol. 122. – P. 487-494.
10. Prevent Blindness America. Vision problems in the U.S.: prevalence of adult vision impairment and age-related eye disease in America. 2008 update to the fourth edition. Chicago, IL: Prevent Blindness America; 2008:23. Available at: URL: [http://www.preventblindness.net/site/DocServer/VPUS\\_2008\\_update.pdf?docID=1561](http://www.preventblindness.net/site/DocServer/VPUS_2008_update.pdf?docID=1561). (Date of access: Apr. 16, 2014).
11. Thompson V. Cataract Surgery: [Electronic resource]. Available at: URL: <http://www.allaboutvision.com/conditions/cataract-surgery.htm#top> (Date of access: Nov. 08, 2016).

Поступила 24.10.2016