

Как свидетельствуют данные таблицы, после ФЭК среднестатистические показатели ПКЧ не имеют достоверных отличий по всем частотам на цвета по сравнению с физиологической нормой, кроме незначительного снижения показателей на белый цвет на частоте 4 и 8 цикл/град, но разница оказалась статистически достоверной. Полученные данные ПКЧ после оперативного лечения соответствуют показателям, характеризующим высокое качество зрения.

Вывод. После оперативного лечения катаракты методом ФЭК функция сумеречного зрения находится в пределах физиологической нормы у 71,42 % пациентов, среднестатистические показатели ПКЧ по всем частотам на все цвета находятся в пределах границ физиологической нормы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА РУТИННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТОРИЧЕСКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ ALCON TORIC В РОССИИ

*А. Г. Гринев, О. М. Жеребцова, О. Н. Хабаров
Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь
для ветеранов войн,
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
г. Екатеринбург*

Актуальность исследования. Исходный (врожденный) астигматизм являющийся одной из разновидностей аномалии рефракции глаза, наблюдается в 14–50 % случаев в нормальной популяции. При этом астигматизм более 1,5 диоптрий (D) встречается в 15–23 % случаев, более 3,0 D – в 2–3 % случаев. В связи с предстоящей хирургией логично предусмотреть в ней возможность одновременной или поэтапной коррекции астигматизма (Budak K. et al., 1998, 2001; Buratto L., 1999; Beltrame G. et al., 2001; Gills J. P., Van der Karr M. A., 2002; Малюгин Б. Э. и соавт., 2000, 2004; Ben Simon G., Desatnik J. H., 2005).

В современной хирургии катаракты применяют следующие способы коррекции астигматизма:

- основной разрез располагают в сильном меридиане (в среднем коррекция астигматизма от 0,25 до 1,0 D);
- выполняют дополнительные ослабляющие надрезы (насечки) рововицы (наиболее эффективная коррекция до 2,0 D);
- вторым этапом проводят эксимерлазерную коррекцию (коррекция до 4,0–5,0 D);

- имплантируют торическую интраокулярную линзу (ИОЛ) с возможной коррекцией роговичного астигматизма до 4,5 D.

Хирургическое лечение катаракты и врожденного астигматизма с имплантацией торической ИОЛ дает прогнозируемый и стабильный рефракционный результат, имеет ряд преимуществ перед другими методиками: во-первых, как одноэтапное лечение с меньшей себестоимостью в сравнении с двухэтапной лазерной коррекцией; во-вторых, с помощью торической ИОЛ можно скорректировать астигматизм более высокой степени по сравнению с роговичными или лимбальными насечками (Benabent E. C. et al., 1996; Budak K. et al., 1998; Roman S. J. et al., 1998; Muller-Jensen K. et al., 1999; Titiyal J. S. et al., 2002; Norouzi H., Rahmati-Kamel M., 2003; Иошин И. Э., Оздербаева А. А., 2008).

Цель исследования – изучение клинической практики рутинного применения торических ИОЛ в России по данным опросов ведущих офтальмохирургов России, участников круглых столов, проводимых в рамках Toric Club компанией Alcon.

Результаты исследования. В настоящее время созданы благоприятные условия для рутинного применения торических линз в хирургии катаракты. Доступность метода обеспечивается в первую очередь сформированным «информационным полем», широкой доказательной и практической базой: наличием достаточного количества публикаций в научной отечественной и зарубежной печати, большого числа докладов на конференциях различного уровня и проведенных круглых столов с демонстрацией «живой хирургии». Все это дало возможность офтальмохирургам самообучения на рабочем месте с реализацией данной методики в условиях любого лечебного учреждения. Кроме того, у региональных дилеров представлена вся линейка торических ИОЛ с диапазоном возможной коррекции роговичного астигматизма от 1,0 до 4,5 D.

За последний год в целом по России наблюдается увеличение числа имплантаций торических ИОЛ. На сегодняшний день выполнено более 3000 операций, расширилась география по регионам, увеличилось число хирургов, овладевших данной методикой в различных медицинских учреждениях. Частные глазные центры имеют возможность более широкого включения данного вида операций в перечень предоставляемых услуг как за счет собственных средств граждан, так и за счет средств работодателей, что повышает конкурентоспособность лечебного учреждения.

По результатам опроса офтальмохирургов были определены фак-

торы, сдерживающие рутинное применение торических ИОЛ. Первый фактор – относительно высокая стоимость торических линз в сравнении со сферическими, невозможность их широкого применения в государственных лечебных учреждениях за счет средств ТФОМСа. Второй фактор – наличие возможных рефракционных «погрешностей» на этапе освоения методики.

Причины рефракционных погрешностей:

1. Неточность горизонтальной разметки из-за неправильного наклона головы пациента вправо-влево (остеохондроз шейного отдела позвоночника). Поэтому как вертикальную, так и горизонтальную разметку необходимо выполнять за щелевой лампой.

2. Недостаток цилиндрического компонента торической ИОЛ (возможное отсутствие необходимой рефракции на складе регионального дилера).

3. Ошибки при расчетах сферического эквивалента торической ИОЛ. Не всегда расчеты силы рефракции сферического эквивалента по стандартным формулам (SRK-T, SRK-II и др.) могут быть применены к торическим линзам. Врачам-офтальмологам, выполняющим такие расчеты следует вносить коррективы, исходя из собственного опыта.

4. Инверсия угла основных меридианов. Исходя из опыта авторов выполнение тоннельного разреза на 12 часах условного циферблата в сильном меридиане может вызывать инверсию осей главных меридианов от 6 до 18°, что не учитывается в расчетах, производимых на сайте <http://www.acrysoftoriccalculator.com>. Инверсия (разворот, изменение угла) главных меридианов учитывается только тогда, когда хирургический разрез не совпадает с сильной осью. Это обстоятельство может быть причиной повторного хирургического вмешательства – репозиции ИОЛ относительно оси сильного меридиана.

5. Отсутствие опыта у офтальмохирурга коррекции врожденного и профилактики индуцированного астигматизма в хирургии катаракты. Каждый хирург обязан знать степень индуцированного астигматизма, производимого своими разрезами, и стараться следовать двум правилам: 1) с целью коррекции врожденного астигматизма выполнять основной хирургический доступ перпендикулярно и симметрично сильному меридиану; 2) с целью профилактики индуцированного астигматизма применять максимально нейтральный разрез, например трех- или двухступенчатый тоннельный разрез роговицы, расположенный между 9 и 12 часами условного циферблата. В предварительных расчетах на <http://www.acrysoftoriccalculator.com> учитывается степень

индуцированного астигматизма, производимого хирургом. В обоих случаях необходимо выполнять предварительную разметку роговицы для правильного расположения разреза, что будет являться обучающим компонентом в освоении технологии имплантации торических ИОЛ.

6. Сочетание нескольких факторов.

Как показывает практика, «рефракционные погрешности» не оказывают существенного влияния на конечную остроту зрения. Пациент может иметь 1,0, но с коррекцией (со сферической и(или) цилиндрической линзой). Это лишь ставит в затруднительное положение врача, прогнозирующего получить высокую остроту зрения вдаль без коррекции. В некоторых случаях «погрешности» могут давать сферический эквивалент, близкий или равный нулю. Например, пациентка К., 43 года, после операции субъективно VOS = 0,8 без коррекции, рефрактометрия sph + 1,5 cyl -2,25 ax 170°, SE = +0,25 D. В конечном итоге хирург не должен опасаться возможных рефракционных погрешностей. Подробный анализ каждого случая позволит избежать повторных ошибок.

Вывод. На сегодняшний день в России созданы благоприятные условия для внедрения имплантации торической ИОЛ в повседневную рутинную практику каждого офтальмохирурга, а накопленный опыт коррекции врожденного астигматизма с помощью торических ИОЛ позволяет считать данный метод наиболее предпочтительным в рефракционной хирургии катаракты.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВМД ПРИ АРТИФАКИИ

А. Г. Гринев, М. Б. Свиридова, М. С. Долгополова, Е. С. Князева
*Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь
для ветеранов войн,
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
г. Екатеринбург*

Актуальность исследования. Свет, являясь носителем зрительной информации, одновременно выступает и как фактор риска повреждения сетчатки. Глаз человека имеет многоуровневую защиту от светового повреждения, в том числе и систему оптических фильтров, ключевым из которых является хрусталик. Экстракция катаракты кардинально меня-