

Е.Б. ЕРОШЕВСКАЯ, А.Е. ГОРБУНОВ, В.М. МАЛОВ, И.В. МАЛОВ

Самарский государственный медицинский университет

**КЕРАТОТОПОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ
ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ**

Представлены результаты сравнительного анализа кератотопографической картины индуцированного послеоперационного астигматизма у пациентов после факоэмульсификации корнеосклеральным и корнеальным доступом.

Ключевые слова: кератотопография, корнеальный и корнеосклеральный разрез, факоэмульсификация

Ерошевская Елена Брониславовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии. E-mail: s_malubina@mail.ru

Горбунов Александр Евгеньевич – очный аспирант кафедры офтальмологии.

Малов Владимир Михайлович – доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии. E-mail: vm_malov@mail.ru

Малов Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой глазных болезней ИПО. E-mail: ivmsamara@gmail.com

E.B. EROSHVSKAYA, A. E. GORBUNOV, V.M. MALOV, I.V. MALOV

Samara state medical university

**KERATOTOPOGRAPHY IN PATIENTS WITH PSEUDOEXFOLIATIVE
SYNDROME AFTER PHACOEMULSIFICATION**

The article presents the results of a comparative analysis of keratotopography pattern of induced postoperative astigmatism in patients undergone phacoemulsification via corneal corneoscleral access.

Keywords: electroretinography, corneoscleral and corneal incision, phacoemulsification

Elena Eroshvskaya – Doctor of Medicine, Professor of the Ophthalmology Chair. E-mail: s_malubina@mail.ru

Aleksandr Gorbunov – Postgraduate student of the Ophthalmology Chair.

Vladimir Malov – Doctor of Medicine, Professor of the Ophthalmology Chair. E-mail: vm_malov@mail.ru

Igor Malov – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Ophthalmology Chair of PEI. E-mail: ivmsamara@gmail.com

Результаты хирургического лечения катаракты напрямую связаны с таким видом оптической аберрации, как послеоперационный индуцированный астигматизм [3, 4]. К сожалению, авторефрактометрия не всегда дает четкие представления о состоянии роговицы после выполнения разреза. Более информативным методом является кератотопография, которая позволяет определить слабый и сильный меридиан, среднее значение рефракции, показатель цилиндрического компонента и дать сравнительную оценку полученным в ходе обследования данным после осуществления доступа в переднюю камеру глаза при хирургическом лечении катаракты.

Нами предлагается корнеосклеральный доступ, позволяющий снизить величину послеоперационного индуцированного астигматизма при хирургическом

лечении катаракты у больных с псевдоэксфолиативным синдромом [1, 2].

Цель исследования: провести сравнительный анализ кератотопографической картины величины индуцированного послеоперационного астигматизма у пациентов, прооперированных корнеосклеральным и корнеальным доступом при факоэмульсификации катаракты.

Материалы и методы

Исследование выполнено у 23 (23 глаза) пациентов, прооперированных по поводу катаракты на базе ГБУЗ СОКОБ им. Т.И. Ерошевского, которые были разделены на две равные по составу, возрасту, тяжести исходного состояния глаза группы. В основную группу вошли 12 (12 глаз) больных, прооперированных с помощью корнеосклерального доступа, контрольную группу составили 11 (11 глаз) пациентов, которым факоэмульсификацию

катаракты выполняли через корнеальный доступ. Для этого мы использовали кератотопограф Allegro Oculyzer (Wave Light AG, Германия) до и через 1 месяц после операции. Значение астигматизма до операции хирургического лечения катаракты в обеих группах не превышало 1,4 дптр (в среднем $0,85 \pm 0,21$ дптр).

Среди пациентов обеих групп выделяли следующие виды кератотопограмм:

- круглая в 47,8% (11 глаз);
- овальная в 17,4% (4 глаз);
- симметричная бабочка в 26,1% (6 глаз);
- асимметричная бабочка в 8,7% (2 глаз).

В одном случае мы выявили картину нерегулярного роговичного астигматизма («верхний паттерн»). На рисунке 1 изображена кератотопограмма пациента В. перед операцией ФЭК.

Результаты

У всех пациентов основной группы через 1 месяц после операции наблюдалось уменьшение величины астигматизма, уплощение роговицы со снижением ее диоптрийности в области корнеосклерального доступа в среднем на $0,68 \pm 0,14$ дптр. Кроме того, у больных первой группы произошла смена оси роговичного астигматизма (ось сильного меридиана составила в среднем $73 \pm 2,1^\circ$).

Картина изменения топографии роговицы у пациента С. основной группы до и через 1 месяц после операции ФЭК показана на рисунках 2 и 3.

Подробный анализ представленной картины кератотопографического исследования демонстрирует снижение величины астигматизма на 0,83 дптр, изменение оси сильного меридиана с 40° до 115° , кератотопограмма приобретает вид «асимметричной бабочки» за счет уплощения роговицы в области выполняемого корнеосклерального доступа (рисунок 2-4).

В отличие от основной группы, в группе контроля мы наблюдали увеличение величины астигматизма, кератотопография роговицы не менялась, ось оставалась прежней. Картина изменения кератотопографии через 1 месяц после ФЭК посредством использования традиционного корнеального разреза отображена на рисунках 5 и 6. Величина астигматизма увеличилась на 0,6 дптр, кератотопография имеет вид регулярного роговичного астигматизма по типу «симметричная бабочка».

Величина астигматизма увеличилась на 0,6 дптр, кератотопография имеет вид регулярного роговичного астигматизма по типу «симметричная бабочка» (рисунок 5-6).

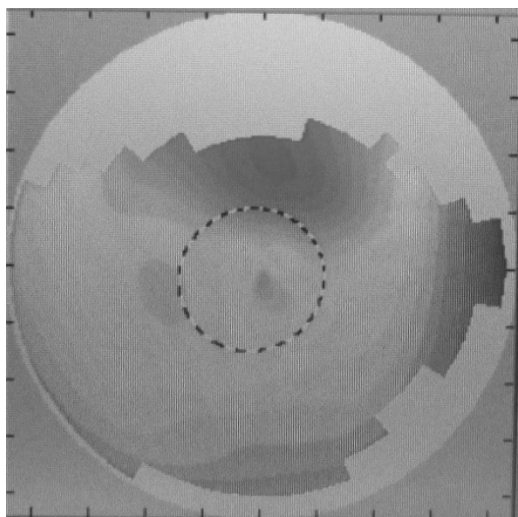


Рис. 1. Картина нерегулярного роговичного астигматизма пациента В

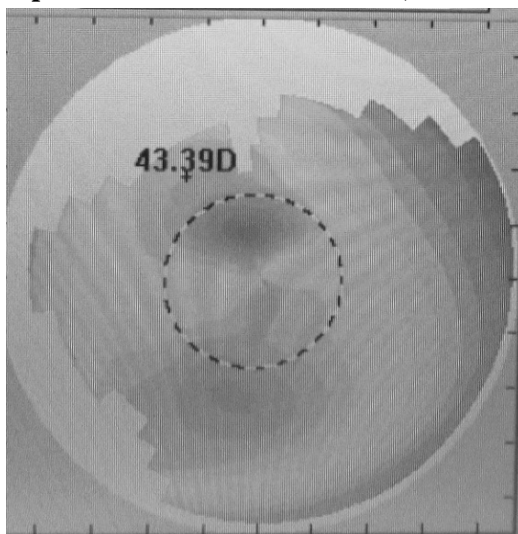


Рис. 2. Кератотопографическая картина роговицы больного С. До операции

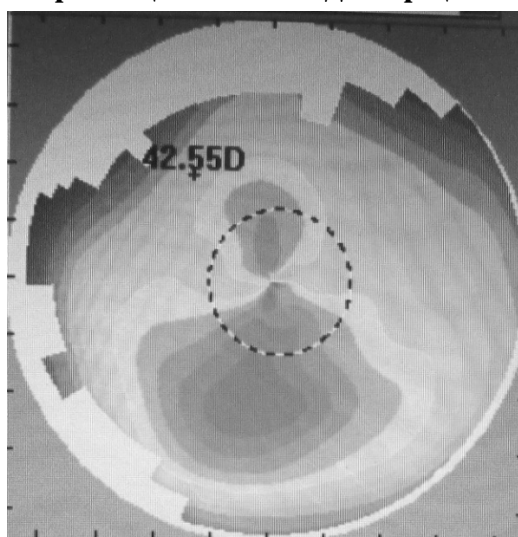


Рис. 3. Кератотопографическая картина роговицы того же больного через 1 месяц после ФЭК (корнеосклеральный доступ)

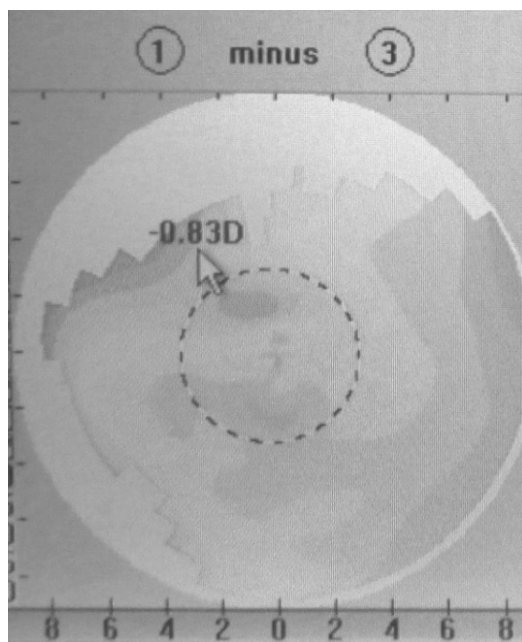


Рис. 4. Динамика рефракционной картины роговицы больного С. Через 1 месяц после ФЭК (корнеосклеральный разрез)

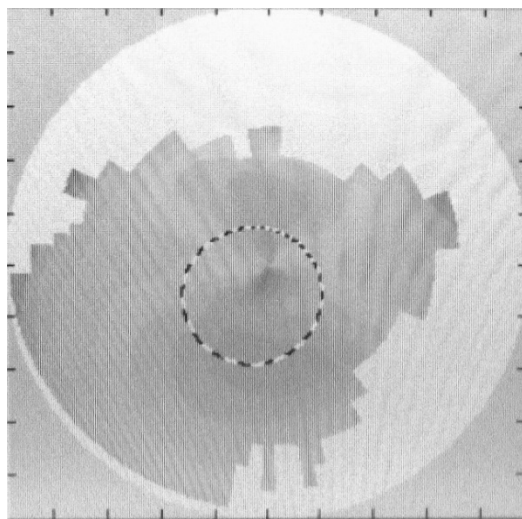


Рис. 5. Кератотопографическая картина роговицы больного А

Выводы

Анализ кератотопограмм роговицы, выполненных через 1 месяц после фак-

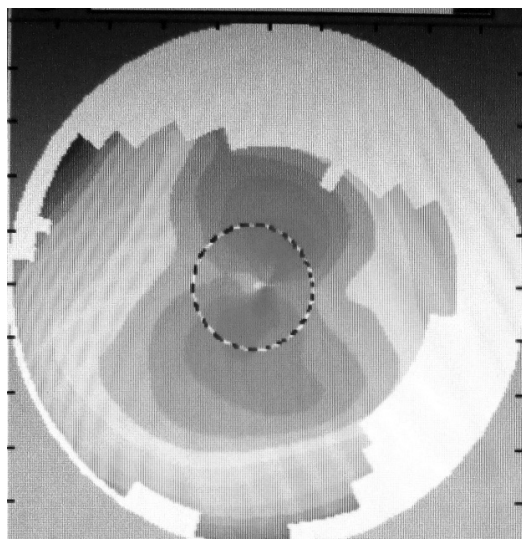


Рис. 6. Кератотопографическая картина роговицы того же больного после операции ФЭК (корнеальный доступ)

эмульсификации катаракты у больных с псевдоэкзофолиативным синдромом, свидетельствует об уменьшении величины астигматизма за счет уплощения роговицы в области выполняемого корнеосклерального разреза по сравнению с традиционным роговичным доступом.

Список литературы

1. Малов В.М., Ерошевская Е. Б., Горбунов А. Е. Способ выполнения корнеосклерального тоннельного разреза при факоэмульсификации катаракты (патент RU 2550281 от 08.04.2015 года).
2. Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Малов И.В., Горбунов А.Е. Модифицированный корнеосклеральный тоннельный доступ при факоэмульсификации катаракты // Вестник Оренбургского государственного университета. 2014. – № 12. – С. 202-205.
3. Коломиец В.А. Прогнозирование развития хирургически индуцированного астигматизма после УЗ-Факоэмульсификации возрастной катаракты / Коломиец В.А., Дмитриев С.К., Лазарь Ю.М. // Офтальмологический журнал. – М., 2012. – № 3 (446). – С. 21-24.
4. Ильяхин О.Е. Острота зрения и индуцированный астигматизм при различных методиках факоэмульсификации // Офтальмохирургия. – М., 2009. – № 6. – С. 20-23.