

и составила в среднем $2746,8 \pm 73,9$ кл. на мм^2 ($p_{M-Y} < 0,007$, $Z = -2,66$).

Таким образом, толщина роговицы до LASIK составила в I группе $521,51 \pm 7,01$ мкм, во II – $530,85 \pm 14,69$ мкм, после операции соответственно $459,55 \pm 12,77$ мкм ($p_B < 0,000004$, $Z = 4,62$) и $505,57 \pm 16,49$ мкм ($p_B < 0,0009$, $Z = 3,29$). Значения статистически значимы внутри группы относительно данных до операции.

Заключение

Благодаря лазерной сканирующей конфокальной микроскопии роговицы появилась возможность прижизненно оценивать морфологию, процессы регенерации на клеточном уровне и оптимизировать технику кераторефракционных операций.

Сроки регенерации субэпителиальных нервных волокон после LASIK остаточной аметропии у детей с артификацией зависят от направления среза роговичного лоскута по отношению к расположению нервных волокон.

Список использованной литературы:

1. Cavanagh H.D., Petroll W.M., Alizadeh H., He Y-G., McCulley J.P., Jester J.V. Clinical and diagnostic use of in vivo confocal microscopy in patients with corneal diseases // Ophthalmology. – 1993. Vol. 100. – P. 1444-1454.
2. Corbett M.C., Prydal J.I., Verma S., Oliver K.M., Pande M., Marshall J. An in vivo investigation of the structures responsible for corneal haze after photorefractive keratectomy and their effect on visual function // Ophthalmology. – 1996. Vol. 103. – P. 1366-1380.
3. Kauffmann T., Bodanowitz S., Hesse L., Kroll P. Corneal reinnervation after photorefractive keratectomy and laser in situ keratomileusis: an in vivo study with a confocal videomicroscope // Ger-J-Ophthalmol. – 1996. Vol.5, №6. – P. 508-512.
4. Kaufman S.C., Maitchouk D.Y., Chiou AGY., Beuerman R.W. Interface inflammation after lasik in situ keratomileusis: Sands of the Sahara syndrome // J. Cataract Refract. Surg. – 1998. Vol. 24. – P. 1589-1593.
5. Linna T., Tervo T. Real-time confocal observations on Human corneal nerves and wound healing after excimer laser photorefractive keratectomy // Curr Eye Res. – 1997. Vol. 16. – P. 640-649.

Бикбов М.М., Кузбеков Ш.Р.

**ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней АНРБ»,
Уфа**

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ КАТАРАКТЫ С УДАЛЕНИЕМ ФАКИЧНОЙ ИОЛ

В статье описан случай фактоэмульсификации осложненной катаракты у пациента, которому была имплантирована факичная заднекамерная ИОЛ по поводу миопии высокой степени одиннадцать лет тому назад.

Одним из оригинальных направлений в рефракционной хирургии, особенно интенсивно разрабатываемым и изучаемым в течение последнего десятилетия, является имплантация корригирующей линзы внутри глаза при сохранении собственного прозрачного хрусталика. Сущность операции заключается во введении за радужку в заднекамерное пространство линзы, которая служит своеобразной контактной линзой на хрусталике [1]. В последнее время появились сообщения о развитии субкапсулярных помутнений хрусталика после имплантации факичной заднекамерной ИОЛ [1, 2, 3, 4].

В октябре 2008 года в УфНИИ глазных болезней обратилась пациентка У., 58 лет, с жалобами на низкое зрение правого глаза. Из анамнеза известно, что в 1997 году пациентке была имплантирована отрицательная факичная заднекамерная ИОЛ. Зрение затуманивается постепенно, безболезненно в течение последних трех лет.

На момент обследования острота зрения правого глаза 0,08 с коррекцией $+2,0 D = 0,09$, левого глаза 0,5 с коррекцией $+1,5 D = 1,0$. Внутриглазное давление, измеренное бесконтактным тонометром, 15,0/17,0 мм рт.ст. Объективно правый глаз спокоен, конъюнктивы бледно-розовой окраски, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка рельефная, базальная иридоктомия на 11 часах, пигментная кайма частично отсутствует. Зрачок круглый, реакция на свет ослаблена. В плоскости зрачка биомикроскопически визуализируется заднекамерная факичная ИОЛ, пространство между задней поверхностью ИОЛ и передней капсулой хрусталика не определяется. Передняя капсула хрусталика мутная, неполное помутнение хрусталика. Рефлекс глаз-

ного дна ослаблен, детали глазного дна не офтальмоскопируются.

Дополнительные исследования: ультразвуковая биометрия – передне-задняя ось глаза 25,75 мм/ 22,52мм, глубина передней камеры 3,74 мм/3,28 мм. А-сканирование: оба глаза нормограмма. Электрическая чувствительность сетчатки 90 мкА/90 мкА, электрическая лабильность 30 Гц/30 Гц.

При конфокальной микроскопии роговицы обоих глаз в оптической зоне плотность клеток эндотелия правого глаза 2642 ± 58 на 1 мм^2 , левого глаза 2898 ± 57 на 1 мм^2 .

На основании данных жалоб, анамнеза, клинического осмотра, дополнительных исследований установлен диагноз: ОД Бифакия. Неполная осложненная катаракта. OS Начальная катаракта. Рекомендована эксплантация факичной ИОЛ и факоэмульсификация осложненной катаракты с имплантацией ИОЛ.

Операция проводилась под местной анестезией. Алмазным ножом 2,8мм сформирован роговичный тоннель на 10 часах. Передняя камера глаза заполнена вискоэластиком. При помощи вискоэластика факичная ИОЛ отделена от передней капсулы хрусталика, при этом потребовалось разделить сращение между линзой и капсулой хрусталика микрошпателем. Шпателем гаптические элементы линзы выведены в переднюю камеру, линза ротирована гаптическим элементом в направлении тоннеля. При помощи двух пинцетов ИОЛ выведена через тоннель маневром «рука за рукой».

Выполнение кругового непрерывного капсулорексиса затруднялось из-за фиброзных изменений передней камеры хрусталика. Факоэмульсификация катаракты проводилась на аппарате «Infinity» (Alcon). Параметры операции: время действия ультразвука 17 секунд, вакуум 350, Ave 32%, лимит мощности 40%. Имплантирована ИОЛ Acrysof Natural +12,0 Д (Alcon). Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было.

Проводилась противовоспалительная терапия, антибиотикотерапия. После операции жалоб нет, общее состояние удовлетворительное. Правый глаз умеренно раздражен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачок круглый 4 мм, ЗК ИОЛ в капсульном мешке. Розовый рефлекс глазного дна. ДЗН бледноват, границы четкие,

миопический конус. Сосуды сужены, склерозированы. Сетчатка разрежена. Острота зрения правого глаза с диафрагмой 3 мм = 0,3 нк.

Список использованной литературы:

1. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия. Санкт-Петербург, 2002.
2. Angel Pineda-Fernandez, MD, Jorge Jaramillo, MD, Jose Vargas, et al. Phakic posterior chamber intraocular lens for high myopia. J Cataract refract surg.– vol 30, November 2004.
3. Brauweiler PH, Wehler T, Busin M. High incidence of cataract formation after implantation of a silicone posterior chamber lens in phakic, highly myopic eyes. Ophthalmology 1999; 106:1651-1655.
4. Wiechens B, Winter W, Haigis W, et al. Bilateral cataract after phakic posterior chamber top hat-style silicone intraocular lens. J Refract Surg 1997; 13:392-397.

**Бикбов М.М., Сагадатов Н.М.,
Федотова И.С.**
ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»,
Поликлиника отделенческой больницы на
станции Уфа ОАО «РЖД», Уфа

ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕТНИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЯХ

В статье представлены результаты комплексного (аппаратного, медикаментозного и реабилитационного) лечения детей с аномалиями рефракции, нарушением аккомодации и косоглазием на базе оздоровительного лагеря. Показана целесообразность создания летних санаторных групп для реабилитации детей с патологией органа зрения.

Актуальность

Проблемы, связанные с охраной зрения детей, являются в настоящее время одними из наиболее актуальных. По данным С.Р. Авхадеевой с соавт., в Республике Башкортостан в общей структуре глазных болезней по обращаемости у детей по нозологии в 2006 году, как и в прошлые годы, на первом месте стоит близорукость (40,5%), на втором – воспалительные заболевания конъюнктивы (15,9%), на третьем – гиперметропия (7,3%), затем воспалительные заболевания век и косоглазие. Наибольшее количество детей ежегодно наблюдалось по поводу миопии (в среднем 65%), из них более 90% – школьники. Более 70% детей, находящихся на диспансерном учете, имели миопию слабой сте-