

# **Хирургическая коррекция индуцированного астигматизма после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ**

В.О.Торопов

Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница,

гл. врач - к. м. н. С.С. Ильенков

**Резюме.** Для решения актуальной проблемы – коррекции индуцированного роговичного астигматизма после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ автор в статье приводит результаты кератотомии по поводу астигматизма. Во всех случаях получен позитивный результат, наблюдения подтвердили устойчивость эффекта. Простота для хирурга и доступность для пациента позволяют рекомендовать переднюю дозированную кератотомию, как метод выбора коррекции астигматизма.

**Ключевые слова:** астигматизм, кератотомия.

Одна из причин невысокой остроты зрения после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) – роговичный астигматизм. Частота возникновения астигматизма после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ во многом зависит от величины, вида, профиля катарактального разреза и качества наложенного шва [1]. Внедрение операций факоэмульсификации катаракты, позволяющих произвести все манипуляции через малый разрез, почти исключают деформацию роговицы. Часть операций всегда будут производиться с относительно большим лимбальным или корнеальным разрезом. Уместно отметить и то, что часть прооперированных пациентов по поводу катаракты могут иметь врожденный астигматизм. Таким образом, проблема коррекции астигматизма после имплантации ИОЛ, нам представляется достаточно актуальной [2].

## **Материалы и методы**

За последние 5 лет в нашей клинике произведено 11 рефракционных операций 10 больным: передней дозированной кератотомии 10, термокератокоагуляций - 1. Операции производились по методике

разработанной ГУ МНТК “Микрохирургия Глаза” [3,4] спустя 1 год и более после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ. Возраст пациентов был от 48 до 74 (в среднем 61 ) лет. В 5 случаях произведена тангенциальная кератотомия (“Т”) по поводу обратного смешанного астигматизма, в 3 – радиально-секторально-тангенциальная (“RTS”), в одном - продольная кератотомия (“L”) по поводу сложного миопического астигматизма, еще в одном - радиальная кератотомия для ликвидации миопической анизометропии и коррекции сложного миопического астигматизма с косыми осями. По поводу гиперметропии слабой степени и сложного гиперметропического астигматизма произведена радиальная термокератокоагуляция одному пациенту. Во всех случаях контактная коррекция по разным причинам была невозможна, а переносимая очковая (Sph или Sph-Cyl) - практически не удовлетворяла пациентов. В ходе операций и в послеоперационном периоде осложнений не было.

### **Результаты и обсуждение**

После завершения неорефрактогенеза (свыше 6 мес.), всем пациентам была подобрана постоянная сферическая очковая коррекция для близости. Опрос пациентов показал высокую удовлетворенность результатами операций. Практически во всех случаях удалось достичь максимально возможной остроты зрения и только после двух операций в результате гипоеффекта остался обратный астигматизм в 2,0 дптр. Один пациент от повторной операции отказался, т.к. был вполне удовлетворен результатом кератотомии на другом глазу, а второму – через год успешно произведена повторная операция. Результаты операций практически не отличаются от аналогичных, произведенных по поводу обычного смешанного или миопического астигматизма [5,6,7]. К особенностям кератотомии при артификации можно отнести отсутствие аккомодации, из-за чего острота зрения восстанавливается медленнее, чем после операций на аккомодирующих (факичных) глазах.

Другая проблема – наличие смещенного зрачка. Это затрудняет определение положения зрительной оси и нанесения надрезов с соблюдением неприкосновенности центральной оптической зоны.

Наиболее эффективен Т- метод при смешанном астигматизме с гиперметропическим компонентом не более 1,25 дптр. По поводу простого и сложного миопического астигматизма до 2,5 – 3,5 дптр. предпочтительнее оказалась радиально-секторально-тангенциальная кератотомия т.к. после продольной кератотомии чаще возникают гипозффекты.

В отдельных случаях вполне возможно применение кератотомии для коррекции посттравматического рубцового роговичного астигматизма или термокератокоагуляции для “докоррекции” гиперметропии при афакии [8,9].

Главным преимуществом кератотомии по поводу астигматизма при артифакии можно считать – доступность для пациентов по сравнению с эксимерлазерной коррекцией [10], реальную возможность организовать производство подобных операций практически в любой клинике, а также предсказуемость, надежность, безопасность и простота метода.

## **Surgical correction of induced astigmatism after the cataract extraction with IOL implantation**

**V.O. Toropov**

Krasnoyarsk regional ophthalmologic clinical hospital

The author in the article demonstrates the results of keratotomy because of astigmatism to decide actual problem of induced corneal astigmatism correction after cataract extraction with IOL implantation. Positive results were in all cases, observations confirmed the stability of the effect. Dosage keratotomy can be

recommended among the methods of astigmatism correction because of its simplicity for a surgeon and accessibility for a patient.

### Литература

1. Аветисов С.Э., Мамякян В.Р., И.Г.Дубова. Сравнительная оценка возможного послеоперационного астигматизма при применении “катарактальных” разрезов различного профиля // Вестник офтальмологии .– 1987. - № 4. - С.14-15.
2. Аветисов С.Э., Мамякян В.Р., Карамян А.А. и др. Новый подход к коррекции астигматизма в катарактальной хирургии // Современ. технологии хирургии катаракты - 2004: сб. статей 5 межд. науч.-практ. конф. - М., 2004. - С.13-17.
3. Дурнев В.В., Гудечков В.Б.. Хирургическая коррекция сложного миопического астигматизма // Хирургия аномалий рефракции: сб. науч. трудов НИИ МГ. - М., 1981. – С.72-77
4. Гудечков В.Б.. Разработка методов хирургической коррекции астигматизма: дис. ...канд. мед. наук. - М. - 1983. - С. 37-57.
5. Федорова И.С. Отдаленные результаты хирургической коррекции роговичного астигматизма методом передней дозированной кератотомии у больных с интраокулярной линзой // Вестник офтальмологии. 1983. - № 5. -С.23-27.
6. Федорова И.С. Хирургическая коррекция послеоперационной миопии у больных с интраокулярными линзами // Тез. докладов 1 Московского межд. симпоз. по имплантации интраокулярных линз и рефракционной хирургии – М., 1986. - С.72.
7. Торопов В.О. Первые результаты кератотомии по поводу индуцированного астигматизма после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ. // Тез. межд. симпоз. ”Имплантация интраокулярных линз, рефракционная хирургия”. - Киев, 1989.- С.46-47.

8. Федоров С.Н., Ивашина А.И., Коршунова Н.К. и др. Коррекция послеоперационной афакии методом термокератокоагуляции // Хирургические методы лечения дальнозоркости и близорукости: сб. науч. трудов МНТК МГ. - М., 1988. - С.46-48.
9. Ивашина А.И., Гудечков В.Б., Александрова О.Г., и др. Случай хирургической коррекции посттравматического астигматизма на артификачном глазу методом передней кератотомии в сочетании с термокератокоагуляцией // Хирургические методы лечения дальнозоркости и близорукости: Сборник научных трудов МНТК МГ. - М., 1988. - С.30-32.
10. Темиров Н.Э., Журавлева Е.С. Использование эксимерлазерных вмешательств (ЛАСИК и ФРК) для коррекции индуцированных аномалий рефракции на глазах с артификацией VI Международная научно-практическая конференция “Соврем. технологии катарактальной и рефракционной хирургии. – 2005”: сб. статей под ред. Х. П. Тахчиди - М., 2005. - С.441.

Автор: Торопов Виталий Олегович

г. Красноярск, 660133

пр. Metallургов 51 – 243

Телефон служебный 65-14-95 домашний 24-27-34