

## ОПЫТ ИНЖЕКТОРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ФАКИЧНЫХ ИОЛ В КОРРЕКЦИИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

**В работе рассматривается технология инъекторной имплантации факичных отрицательных интраокулярных линз в хирургической коррекции МВС. Показаны преимущества инъекторной имплантации ИОЛ через роговичный самогерметизирующийся разрез 2,75 мм.**

**Ключевые слова:** инъекторная имплантация, ИОЛ, миопия.

**Актуальность.** Совершенствование современных офтальмологических технологий дает возможность индивидуального подхода к выбору метода лечения пациентов с миопией высокой степени (МВС). Хирургическая коррекция на современном этапе располагает эксимерлазерными, факорефракционными технологиями, возможностью имплантации отрицательных факичных интраокулярных линз (ФИОЛ). Имплантация ФИОЛ для коррекции аметропии за годы своего существования успела получить мировое признание и активно совершенствуется. Преимущества данной методики перед другими состоят в возможности коррекции больших величин миопии вне зависимости от толщины роговицы, щадящим объемом хирургического вмешательства. Технология имплантации заднекамерных ФИОЛ предполагает роговичный доступ 4,0 мм, выполнение базальной колобомы и наложение роговичного шва. Однако необходимость наложения роговичного шва связана с развитием послеоперационного астигматизма, снижающего результативность операции. При наличии исходного астигматизма проблема стоит особенно остро. Минимизация роговичного разреза и использование инъектора для имплантации ФИОЛ поднимает данную технологию на более высокий уровень.

**Цель работы** – исследование преимуществ инъекторной имплантации ФИОЛ через роговичный доступ 2,75 мм.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 18 пациентов (30 глаз) в возрасте от 20 до 29 лет. Исходная некорригированная острота зрения 0,02–0,04, сферэквивалент от -12 до -19Д, дооперационный астигматизм по

данным кератометрии 0,75-3,0Д. Дооперационное обследование включало: визометрию, кератометрию, рефрактометрию, биометрию, тонометрию, пахиметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, осмотр периферии глазного дна. По показаниям проводилась профилактическая периферическая лазеркоагуляция сетчатки. Для имплантации использовалась ФИОЛ СПК РСК-3 (НЭП, МНТК МГ). Имплантация проводилась через роговичный самогерметизирующийся разрез 2,75 мм инъектором Monarch, картридж С (Alcon). Разрез производился в сильной оси. Выполнялась базальная колобома. Роговичный шов не накладывался. В послеоперационном периоде с профилактической целью выполнялись инстилляции нестероидного противовоспалительного средства и антисептика в течение 1 месяца. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Срок наблюдения составил 6-18 мес.

**Результаты.** По данным послеоперационной рефрактометрии во всех случаях достигнут прогнозируемый результат – эметропия, либо миопия -0,75–1,0Д. Астигматизм, по данным кератометрии, 0,25–2,0Д, что на 1Д меньше исходного значения. Некорригированная острота зрения составила 0,4–0,6 и сохранялась весь период наблюдения. Во всех исследуемых случаях имплантации ФИОЛ локализация роговичного разреза определялась осью исходного астигматизма. Известно, что выполнение разреза роговицы в сильном меридиане позволяет корригировать астигматизм на определенную величину, соответствующую размеру разреза. При большей величине разреза не исключается разгерметизация разреза, измельчение передней камеры, и как возможное следствие, воспалительные реакции. Величина в 2,75 мм

выбрана как наибольшая из не требующих наложения шва и, при этом, достаточно безопасная в плане послеоперационных осложнений, и наименьшая, нивелирующая значимое значение астигматизма (1Д). Ни в одном из наблюдаемых случаев разгерметизации разреза не отмечено. Стабильное положение гибкой ФИОЛ обеспечивало нормотонус. Ни в одном случае дислокации ФИОЛ, гипертензии в послеоперационном периоде отмечено не было. Ни в одном случае не отмечено развития катаракты. Жалоб никто не предъявлял, полученный рефракционный результат полностью устроил всех прооперированных пациентов.

**Выводы.** Результаты представленной работы позволяют сделать следующие выводы:

1. Описанная технология минимизирует риск послеоперационных осложнений.

2. Инъекторная технология имплантации ФИОЛ через роговичный самогерметизирующийся разрез 2,75 мм снижает риск развития индуцированного астигматизма.

3. Инъекторная технология имплантации ФИОЛ облегчает послеоперационную реабилитацию пациента, так как избавляет от необходимости наложения шва.

4. Инъекторная технология имплантации отрицательных факичных интраокулярных линз через роговичный самогерметизирующийся разрез 2,75 мм может являться методом выбора в хирургической коррекции МВС и сопутствующего роговичного астигматизма в пределах 1Д.

---

**Список использованной литературы:**

1. Азнабаев Б.М. Хирургическая коррекция миопической анизометропии высокой степени у детей методом имплантации заднекамерной отрицательной ИОЛ: реф. дис. канд. наук. – М., 1992. 21с.
2. Балашевич Л.И., Радченко А.Г. Анализ имплантации отрицательных ИОЛ больным с миопией высокой степени // Материалы I Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 1998. – С. 130-131.
3. Зуев В.К. Современные аспекты хирургической коррекции миопии высокой степени: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1995. 40с.
4. Федоров Н., Зуев В.К., Азнабаев Б.М. Интраокулярная коррекция миопии высокой степени отрицательными заднекамерными ИОЛ // Офтальмохирургия. – 1991. – №3. – С. 57-58.
5. Туманян Э.Р. Клинико-функциональное состояние глаз с миопией высокой степени после имплантации отрицательных ИОЛ: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1987. 132 с.
6. Федоров Н., Зуев В.К., Туманян Э.Р., Аль Джумаа Сухайль. Анализ отдаленных клинико-функциональных результатов имплантации отрицательной ИОЛ при миопии высокой степени // Офтальмохирургия. – 1993. – №2. – С. 12-17.
7. Федоров Н., Зуев В.К., Туманян Э.Р., Ларионов Е.В. Отдаленные клинико-функциональные результаты интраокулярной коррекции миопии высокой степени // Офтальмохирургия. – 1990. – №2. – С. 3-6.