РКОБ

МАТЕРИАЛЫ

ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

NEW TECHNOLOGIES IN OPHTHALMOLOGY

КАЗАНЬ

KAZAN

13 - 14 APRIL

2018

Обнаруженные гистологические изменения мМ верхнего века в виде жировой дистрофии у пациентов с клинической картиной апоневротического птоза могут открыть новую перспективу в объяснении этиологии приобретенного птоза верхнего века. Удаление дистрофичной мышцы в ходе операции по устранению птоза верхнего века дает положительный клинический результат.

Клиническая биомеханика. Оценка изменения напряжённо-деформационного состояния глаза и показателей ВГД после коррекции гиперметропии методом LASIK и FemtoLASIK.

Катмаков К.И., Авершина Л.А., Паштаев Н.Н., Поздеева Н.А.

Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.С.Н. Федорова» МЗ РФ, ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии

Коррекция аномалий рефракции, в частности, гиперметропии методом LASIK и FemtoLASIK имеет широкое распространение. Однако биомеханическое поведение роговицы при коррекции исходной гиперметропической рефракции мало изучено.

Цель. Посредством математической модели напряжённо-деформационного состояния роговицы, глаза в целом, показать зависимость стабильности величины деформации и, как следствие, стабильность рефракционного эффекта от способа формирования роговичного клапана, ширины зоны абляции при коррекции гиперметропии методом LASIK и FemtoLASIK.

Материалы и методы. Было выполнено 102 операции методом FemtoLASIK на установках "IntraLaseFS" 60 кГц и "Микроскан" 300 Гц. А также 98 операций методом LASIK с использованием

кератома "Moria - LSK Evolution -2" с головкой 90 мкм и установкой "Микроскан" 300 Гц. Кератометрия всех пациентов находилась в диапазоне: 39,0 - 47,0 D. Пахиметрия в центре составляла 500-600 мкм. Величина гиперметропической рефракции варьировала от +4,0 D до +8,0 D. Значение ПЗО от 19,8 мм до 23,5 мм. Возраст пациентов от 20 до 57 лет. Астигматизм достигал значений до 2,0 D. Всем пациентам выполнялась рефрактометрия в условиях циклоплегии и без нее, офтальмометрия, визометрия, топография роговицы, пахиметрия.
Также проводилась аберрометрия на приборе Multispot 250, оптическая когерентная томография "Visante OCT" (Carl Zeiss, Германия), RTVue 100CA (Optovue, США), анализ вязко-эластических свойств на приборе ORA Ocular Response Analizer, Reichert, пространственная контрастная чувствительность на аппарате "Optec 6500" (Stereo Optical, США), конфокальная микроскопия с помощью Confoscan 4 (Nidek, Япония), эластотонометрия тонометром Маклакова.
Конечно - элементная модель была построена в программном пакете ANSYS.
Результаты. Фемтолазер позволяет получить роговичный лоскут заданной величины по толщине и диаметру и не зависит от параметров роговицы в отличие от LASIK , при котором диаметр роговичного лоскута напрямую зависит от параметров роговицы. Диаметр лоскута определяет площадь операционного поля, что влияет на ширину зоны абляции. Так при FemtoLASIK происходило удаление кольцевого слоя большего диаметра, в сравнении с LASIK. Эти особенности позволили говорить о меньшем снижении изгибной жесткости роговицы после коррекции гиперметропии методом FemtoLASIK, а также меньших значениях деформации в области абляции роговицы. Так или иначе, но было отмечено, что удаление кольцевого слоя роговицы

при операциях при коррекции гиперметропии приводят к уменьшению показателей ВГД.

Заключение. FemtoLASIK обеспечивает равномерное распределение лазерного воздействия по поверхности роговицы и, как следствие, меньшую биомеханическую реакцию.

Исследование частоты распространения нарушений капсульной поддержки хрусталика.

[1]Кожухов А.А., [2]Капранов Д.О.

[1]Клиника Медлайн-сервис, г. Москва
[2]ГБУЗ НО «Городская больница №13 г. Нижний Новгород», г. Нижний Новгород

Актуальность: Согласно действующим рекомендациям клинические особенности катаракты обосновывают выбор оптимальной модели интраокулярной линзы (ИОЛ) в каждом отдельном случае с учетом возраста пациента и сопутствующей патологии глазного яблока. Стандартом фиксации ИОЛ является её расположение в капсульной сумке, что исключает контакт линзы с реактивными структурами глаза и позволяет добиться максимальных зрительных функций. Альтернативные виды фиксации линз (в углу передней камеры, за радужку, в зрачке, в цилиарной борозде и др.) используют в осложненных случаях или при нестандартном течении операции.

Цель работы: Исследовать частоту распространения нарушений капсульной поддержки хрусталика (НКПХ) у пациентов с катарактой с учетом предоперационной или интраоперационной диагностики.