

39%. При первичной имплантации ИОЛ Em выявлена на 15 глазах из них на 14 (93%) в случаях имплантации в капсульный мешок, M выявлена на 10 глазах, при этом она составила 67% всех случаев имплантаций на капсульный мешок. При вторичной имплантации Em, M и Hm выявлены в одинаковом количестве случаев имплантаций в капсульный мешок (33,3%), при имплантации на капсульный мешок чаще выявлялась M — 58%, Hm в 33% случаев.

Выводы: 1. После интраокулярной коррекции чаще всего (47%) у пациентов наблюдалась миопическая рефракция, реже (18%) — гиперметропическая. 2. В послеоперационном периоде миопическая рефракция чаще выявляется на глазах с преломляющей способностью роговицы, превышающей возрастную норму. 3. Среди пациентов с M рефракцией, у 52% наблюдалась M от 1,75 до 3,0Д и в 15% — миопия 3,25Д и более. 4. Среди пациентов с Hm рефракцией, чаще всего (55%) наблюдалась Hm до 1,5Д включительно. 5. Частота возникновения M рефракции зависела от места имплантации ИОЛ и чаще наблюдалась при имплантации на капсульный мешок, как при первичной, так и при вторичной имплантации.

Литература

1. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. 4-е издание., переработано и дополнено. 2017. С. 214–222.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕНТОВИДНОЙ ДИСТРОФИИ РОГОВИЦЫ ПО ДАННЫМ ОКТ И ПАХИМЕТРИИ

Железнов А.Р., Шмигирилова Н.С.

Научный руководитель: ассистент, к. м. н. Никитина Т.Н., ассистент Баранов А.Ю.

Кафедра офтальмологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: поражения роговицы и связанное с ними снижение остроты зрения относятся к числу актуальных проблем офтальмологии. Помутнение роговицы в структуре причин слепоты составляет около 4% [1], однако дистрофические изменения роговицы на сегодняшний день во многом остаются малоизученными [2,3].

Цель исследования: выявление закономерностей между степенью дистрофических изменений роговицы, затронутого гистологического слоя, а также появлением аномалий рефракции и общим снижением остроты зрения у пациентов с ЛДР.

Материалы и методы: обследование 20 детей (40 глаз) в возрастной группе 6–17 лет. Из них у 10 определяется ЛДР, 10 — контрольная группа. Основные проведенные исследования: биомикроскопия, ОКТ и пахиметрия (CIRRUSHD-OCT 5000, ZEISS). Дополнительные: визометрия, рефрактометрия и кератометрия (TONORERF 3, NIDEK).

Результаты: по данным биомикроскопии патологический процесс развивается несимметрично, с преобладанием на одном из глаз; начинается с верхней назальной области, затем развивается симметрично в нижней темпоральной области. «Лента» заходит на оптическую зону лишь в 25% случаев. В ходе ОКТ-исследования было выявлено, что дистрофический процесс затрагивает передний эпителий, переднюю пограничную (боуменову) мембрану и строму, причем утолщение среза роговицы происходит преимущественно за счет боуменовой мембраны и стромы. Визуализируется нарушение гомогенности тканей с деформацией коллагеновых волокон. По результатам пахиметрии поверхность роговицы при патологии крайне неравномерна, «бугриста». Толщина роговицы находится в пределах нормы, однако наиболее «толстые» участки находятся по меридиану в верхней назальной и нижней темпоральной областях. Рефрактометрия в 100% случаев показывает наличие астигматизма силой не менее 1 дптр, причем наиболее «сильный» меридиан находится в зоне 92–118 градусов.

Выводы: у всех пациентов ЛДР протекает с хроническими патологиями глаз. ЛДР напрямую или косвенно оказывает влияние на остроту зрения. Утолщение роговицы идет не только за счет боуменовой мембраны, как принято считать, но также и в значительной степени за счет стромы. Опираясь на данные, можно утверждать, что нарушение структуры роговицы

приводит к ее утолщению с одновременной потерей прочности, что в свою очередь ведет к появлению приобретенного роговичного астигматизма. Меридианы астигматизма коррелируют с дистрофическим процессом и располагаются в среднем в зоне на 1–3 и 7–9 часов для OD и на 10–12 и 4–6 часов для OS. Такой астигматизм можно назвать правильным с косыми осями с тенденцией к прямому.

Литература

1. По данным ВОЗ от 2018 г.
2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 284 с.
3. Хойт К.С. Тейлор Д. Детская офтальмология. М.: Издательство Панфилова, 2016. Т. 1. 386 с.

СТЕПЕНЬ ПРОЗРАЧНОСТИ ОПТИЧЕСКИХ СРЕД ГЛАЗА У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Медведева Д.А., Сидоркин А.С.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Никитина Т.Н.

Кафедра офтальмологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: известно, что длительное использование в системной терапии заболеваний соединительной ткани глюкокортикостероидов катарактогенно. Однако, вопрос влияния метотрексата на структуру хрусталика и стекловидного тела остается открытым [1,2].

Цель исследования: оценить степень прозрачности оптических сред глаза у детей, находящихся на иммуносупрессивной терапии с помощью аппарата Tonoref III и метода биомикроскопии.

Материалы и методы: с помощью прибора Tonoref III и метода биомикроскопии обследованы 20 человек (40 глаз) 5–17 лет в ПО № 3 клиники СПбГПМУ, получающих иммуносупрессивную терапию (основная группа), и 10 человек (20 глаз) 10–17 лет с офтальмологического отделения (контрольная группа).

Результаты: при обследовании основной группы методом биомикроскопии у 50% выявлено помутнение оптических сред глаза — 10 человек (16 глаз), из них изменение прозрачности хрусталика составило 60% — 6 человек (14 глаз), стекловидного тела — 20% — 2 человека (2 глаза), поражение хрусталика и стекловидного тела — 20% — 2 человека (3 глаза). При терапии метотрексатом офтальмопатология развилась у 30% — 3 человека (4 глаза), преднизолоном — у 40% — 4 человека (6 глаз), при комбинированном применении метотрексата и преднизолона — у 20% — 2 человека (4 глаза), при применении других препаратов (тофацитиниб) — у 10% — 1 человек (2 глаза). При обследовании контрольной группы здоровых детей с помощью прибора Tonoref III с исследованием ретроиллюминационного изображения доля непрозрачности оптических сред не превышала 4%. При исследовании ретроиллюминационного изображения у детей основной группы доля непрозрачности оптических сред, превышающая 4%, была обнаружена у 50% — 10 человек (16 глаз).

Выводы: 1. У детей, не имеющих в анамнезе данных о глюкокортикостероидной терапии, во время лечения метотрексатом помутнение оптических сред глаза было выявлено: методом биомикроскопии — у 25% — 3 человека (4 глаза), с помощью прибора Tonoref III — у 33,3% — 4 человека (5 глаз). 2. Прибор Tonoref III может быть использован для выявления помутнения оптических сред глаза в качестве альтернативы методу биомикроскопии. 3. Дети, получающие системную терапию метотрексатом, не имеющие клинических проявлений офтальмопатологии, должны быть обследованы в динамике на предмет катаракты.

Литература

1. Camparini M., Macaluso C., Reggiani L., Maraini G. (2000). Retroillumination versus reflected-light images in the photographic assessment of posterior capsule opacification. Invest Ophthalmol Vis Sci.;41(10):3074–9.