

## ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук профессора Куликова Алексея Николаевича на диссертационную работу Никитина Владимира Николаевича на тему: «Дифференцированное хирургическое лечение при дислокации комплекса интраокулярная линза – фиброзированный капсульный мешок методом шовной фиксации к радужной оболочке», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.5. – Офтальмология

### Актуальность темы диссертационной работы

Хирургия малых разрезов и технология факоэмульсификации с интракапсулярной имплантацией ИОЛ способствует уменьшению дислокаций ИОЛ в раннем послеоперационном периоде, однако со временем наблюдается рост числа дислокаций ИОЛ в отсроченном послеоперационном периоде. Частота поздних дислокаций комплекса интраокулярная линза – капсульный мешок (КИКМ) по данным разных авторов колеблется до 3%. Наряду с ростом количества дислокаций КИКМ имеется тенденция к увеличению встречаемости фиброзных изменений капсульного мешка дислоцированного комплекса. Отмечается значительная вариабельность фиброзного процесса капсульного мешка от незначительного уплотнения края капсулорексиса до ассиметричного фиброза всего капсульного мешка, сокращением капсулорексиса с контракционным воздействием на капсульный мешок. Снижение прозрачности оптических сред и нарушение внутрикапсульного положения ИОЛ являются основными клиническими проявлениями фиброза капсульного мешка, что приводит к снижению остроты и качества зрения.

Сочетание фиброзного изменения капсульного мешка со слабостью связочного аппарата приводит к дислокации КИКМ. В данном случае имеются сочетание механизма свойственного для спонтанной дислокации КИКМ, а также нарушение внутрикапсульного положение ИОЛ вследствие фиброзного изменения капсульного мешка. На сегодняшний день существуют два основных направления при лечении дислокации КИКМ, позволяющие сохранить имеющуюся ИОЛ – это шовная фиксация к радужной оболочке и склере.

Шовная фиксация дислоцированного КИКМ к радужной оболочке является предпочтительной, так как имеет меньший риск осложнений, повторных дислокаций и неправильного положения ИОЛ – за счет совпадения плоскости радужки и плоскости ИОЛ во время фиксации при правильном её внутрикапсульном положении. Выбранный метод лечения должен обеспечивать не только стабильную фиксацию КИКМ, но и приближенное к анатомическому положение оптики ИОЛ, так как её определенный наклон и децентрация снижают качество зрения, вызывая аберрации и различные

