
inferior orbital wall, the use of autologous cartilage is a highly effective alternative to alloplastic implants, as it eliminates the possibility of rejection, implant dislocation, and does not affect the development of the child's facial skeleton.

ІОЛ «BIL» - діюча профілактика вторинної катаракти у дітей - наш довготривалий досвід

Боброва Н.Ф.¹, проф., Тассігнон М. Ж.², Романова Т.В. ¹

¹ ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

² Офтальмологічне відділення Університетської клініки (Антверпен, Бельгія)

Хірургічні методи профілактики вторинної катаракти (ВК) у дітей (задній капсулорексис, задній капсулорексис у поєднанні з передньою вітректомією, ІОЛ з квадратним краєм оптики та ін) на практиці не завжди призводять до бажаного результату, внаслідок чого частота розвитку ВК особливо в дитячому віці залишається досить високою [Apple, D.J. 2000, Menapace, R. et. al. 2005, Malecaze, F. et. al. 2006, Vasavada AR, Nihalani BR. 2006, Боброва Н.Ф. із співавт. 2000–2017].

Враховуючи високу частоту розвитку ВК на псевдофакічних очах дітей, незалежно від методів інтраопераційної профілактики, розробка нових типів ІОЛ, заснованих на оригінальних концепціях та методах кріплення видається надзвичайно актуальною.

Мета: вивчити віддалені результати розвитку ВК на псевдофакічних очах у дітей з імплантації ІОЛ «BIL».

Матеріал та методи. Імплантація ІОЛ «BIL» (bag-in-the-lens) була виконана 19 дітям на 19 очах у відділенні дитячої офтальмопатології НІІ ім. В.П. Філатова за оригінальною методикою через тунельний лімбальний розріз з опорою на ідентичні за розмірами та розташуванням – близнюкові передній і задній капсулорексиси сформовані в ході видалення вродженої катаракти.

Аналіз стану капсулярного кільця та положення ІОЛ проведено через 12 місяців на 11 очах, через 24 місяці на 14 та у 3х випадках через 72 місяця спостережень – шляхом біомікроскопії на щілинній лампі та методом ультразвукового дослідження на приладі

«Aviso». УЗ вимір товщини капсулярного кільця по периферії проводилося в 4х меридіанах – на 3, 6, 9 та 12 годинах.

Результати. Формування ВК у центральній 5,0 мм зоні на псевдофакічних очах з ІОЛ ВІЛ не було відзначено в жодному разі найближчих та віддалених спостережень, що сприяло підвищенню гостроти зору, яка була різною залежно від ступеня амбліопії, наявності очної та загальної патології.

Біомікроскопічно протягом перших 12 місяців спостережень після операції не зафіксовано розростання екваторіальних клітин епітелію кришталика в капсулярному кільці. На всіх очах зберігалася стабільна фіксація ІОЛ та її правильне положення, яка була чітко центрована щодо зіниці, близнюкові капсулорексиси були фіксовані у канавці по краю оптичної частини ІОЛ ВІЛ. При УЗ дослідження обумовлена товщина капсулярного кільця коливалася від 0,1 до 0,2мм визначалося.

Через 24 місяці при біомікроскопії було виявлено початкове фіброзування країв близнюкових капсулорексисів у вигляді білуватого обідка шириною до 0,1,-0,15 мм щільно охоплює ІОЛ. У капсулярному кільці біомікроскопічно візуалізувалися клітинні розростання. Сонографічно в канавці навколо оптичної частини ІОЛ виявлялася тонка середньої ехогенності мембрана, товщиною до 0,1 мм – імовірно зрощення передньої та задньої капсул кришталика. Товщина збереженого капсулярного кільця збільшилася в середньому у різних меридіанах до 0,4 – 0,8 мм (в одному випадку вона досягала 0,9 – 1,1 мм).

Через 72 місяці (6 років) у всіх 3х випадках при біомікроскопії було виявлено посилення фіброзування країв близнюкових капсулорексисів прилеглих до канавки ІОЛ у вигляді білуватого обідка шириною до 0,15-0,2 мм щільно охоплює ІОЛ, що на нашу думку лише посилює міцність фіксації ІОЛ ВІЛ на двох капсулорексисах. Сонографічно по всьому колу краю оптичної частини ІОЛ визначалася дублікатура капсулярного мішка, заповнена субстратом середньої ехогенності. Товщина збереженого капсулярного кільця за даними УЗ біометрії збільшилася в різних меридіанах до 0,75 мм, але не перевищувала 1,1 мм.

Висновки. Використання для кріплення ІОЛ «ВІЛ» близнюкових капсулорексисів в педіатричній офтальмофірургії виявилось

виправданим, а фібротизація країв переднього та заднього капсулорексісів, що формується з часом, робить фіксацію ІОЛ «BIL» ще більш надійною, незважаючи на активний спосіб життя в дитячому віці. У жодному разі не було виявлено децетрації чи дислокації ІОЛ «BIL».

Технологія хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ – «мішок у лінзі» (BIL), безперечно, надає дієву інтраопераційну профілактику розвитку вторинної катаракти у дітей.

Збільшення товщини збереженого капсулярного кільця в динаміці спостережень вказують на біологічні процеси, які тривають, що відбуваються в збереженому замкненому по всьому колу капсулярному просторі що вимагають подальших спостережень.

Чи працює первинний задній капсулорексис в якості профілактики вторинної катаракти у дітей?

Боброва Н. Ф., Романова Т. В., Довгань О. Д.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Вторинна катаракта (ВК) залишається одним з найбільш частих ускладнень хірургії вродженої або набутої катаракти у дитячому віці. На відміну від дорослих, у педіатричних пацієнтів проліферація залишкових епітеліальних клітин кришталика проходить значно інтенсивніше, що призводить до раннього зниження гостроти зору та ризику розвитку амбліопії. [Joanna Koporínska et al, 2021] Особливо активно ці процеси відбуваються у ранньому післяопераційному періоді та протягом 6 місяців після операції. [Yana Fu et al, 2022]

Висока частота розвитку ВК у дітей зумовлює безперервний пошук різних хірургічних втручань для її профілактики та лікування (Nd:YAG-лазерної капсулотомія, мануальна дисцизія, первинна задня капсулотомія, первинний задній круговий безперервний капсулорексис, часткова суха вітректомія). [Lukran Orazbekov et al, 2025] З огляду на обмежені можливості виконання Nd:YAG-лазерної капсулотомії у дитячому віці, первинна хірургічна профілактика є вирішальною тактикою.