
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 децентрації 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). [Lukman Orazbekov et al, 2025] З огляду на обмежені можливості виконання Nd:YAG-лазерної капсулотомії у дитячому віці, первинна хірургічна профілактика є вирішальною тактикою.

Для профілактики утворення ВК при одночасній імплантації інтраокулярної лінзи (ІОЛ) ряд авторів пропонує первинне розкриття задньої капсули кришталика під час операції методом заднього капсулорексису з видаленням або без передніх шарів склоподібного тіла; або – розміщення оптики імплантованої в капсульний мішок ІОЛ через отвір капсулорексису під задню капсулу «optic captures».

Мета: вивчити ефективність первинного заднього капсулорексису (ПЗКР) як методу профілактики розвитку вторинної катаракти при факоемулсифікації вродженої катаракти у дітей.

Матеріал та методи. Хірургічне лікування ВК методом факоаспірації з одномоментною інтракапсулярною імплантацією ІОЛ Acrysof було проведено на 170 очах (115 дітей), віком від 2-15 років (7.7 ± 3.7 р.). Техніка операції – видалення кришталика через передній капсулорексис методом факоаспірації із застосуванням факомашини з імплантацією гнучких ІОЛ. Хірургічна тактика по відношенню до задньої капсули була різна, у зв'язку з чим всі оперовані очі поділили на 3 групи: група 1 – зі збереженням прозорої задньої капсули інтактною (47 очей); група 2 – з ізолюванням первинним безперервним круговим заднім капсулорексисом за допомогою голки та пінцета до імплантації ІОЛ (60 очей); група 3 – із первинним безперервним круговим заднім капсулорексисом в поєднанні з «сухою» передньою вітректомією як до, так і після імплантації ІОЛ (63 ока). Вибір методу проведення первинного заднього капсулорексису носив рандомізований, проспективний характер.

Результати. У віддаленому періоді спостереження в терміні 24 місяці (161 око) найменший відсоток розвитку вторинної катаракти спостерігався в групі із первинним заднім капсулорексисом у поєднанні з передньою вітректомією (28,3% - 17 очей), найбільший відсоток (55,4% - 31 око) – у групі з ізолюванням первинним заднім капсулорексисом, в той час як в групі із збереженням прозорої задньої капсули інтактною розвиток вторинної катаракти відмічався у 48,9% – 22 ока.

Слід відмітити залежність розвитку ВК від віку дитини: у групі дітей молодшого віку (2-7р.) вторинна катаракта розвинулась на 53 очах (56,4%), а у групі дітей старшого віку (8-15р.) – тільки на

17 очах (23,4%). Вік дитини на момент операції суттєво впливав на частоту ВК – чим молодша дитина, тим більш висока частота розвитку ВК.

До інших післяопераційних ускладнень, окрім ВК, належали виражена запальна реакція (преципітати на ІОЛ, задні сінехії, зрощення переднього і заднього капсулорексисів), а також внутрішньокапсульна децентрація ІОЛ, контрактура капсулярного мішка та помутніння скловидного тіла. У віддаленому періоді спостереження найвища частота ускладнень відзначалася в групі із заднім капсулорексисом поєднаним з передньою вітректомією – 29 очей (48,3%) причому 20% становило помутніння скловидного тіла. У групі із ізольованим заднім капсулорексисом частота ускладнень була нижчою – 19 очей (33,9%), при цьому у 19,6% також відмічалася помутніння скловидного тіла. Найменша частота ускладнень зафіксована в групі зі збереженням інтактної задньої капсули – 4.4%. Отримані дані свідчать про те, що розкриття задньої капсули не є «безслідним» для дитячого ока та супроводжується реакцією склоподібного тіла у вигляді вітреїту різного ступеня вираженості.

Висновки. Розвиток ВК при псевдофакії у дитячому віці спостерігається не тільки на очах, де задня капсула була збереженою, а і у випадках де вона була видалена в центрі методом заднього капсулорексиса, а також у поєднанні останнього із передньою сухою вітректомією.

Виконання первинного мануального безперервного заднього капсулорексису за результатами дворічного післяопераційного спостереження не зменшує частоту виникнення вторинної катаракти у дітей із псевдофакією порівняно з очима, в яких задня капсула залишалася інтактною.

Збереження прозорості задньої капсули дозволяє підтримати анатомічний бар'єр між переднім та заднім сегментами ока а також зменшити відсоток виникнення післяопераційних ускладнень, зокрема запальних змін переднього відділу ока та вітреїту.

Does primary posterior capsulorhexis prevent posterior capsule opacification in children?

Bobrova N.F., Romanova T.V., Dovhan O.D.

SI "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"

The posterior capsule opacification (PCO) is one of the most common complications of congenital and acquired cataract surgery in children, caused by intensive proliferation of residual lens epithelial cells, especially within the first 6 months after surgery. **Purpose:** To evaluate the effectivity of primary posterior capsulorhexis (PPCR) as a preventing measure of PCO formation following phacoemulsification of congenital cataract in children. **Materials and Methods:** The outcomes of congenital cataract surgical treatment were analyzed in 170 eyes (115 children) aged 2–15 years (7.7 ± 3.7) after phacoaspiration with Acrysof IOL implantation. The operated eyes were divided into 3 groups: 1- after transparent posterior capsule preserved intraoperatively (47 eyes); 2 – after isolated PPCR (60 eyes); 3 - after PPCR combined with "dry" anterior vitrectomy (63 eyes). **Results:** The PCO observed in 48.9% (22 eyes) in the intact posterior capsule group, in 55.4% (31 eyes) in the isolated PPCR group, and in 28.3% (17 eyes) in the PPCR + anterior vitrectomy group. In younger children (2–7 years), PCO developed in 53 eyes (56.4%), while in older children (8–15 years) significantly rare - in 17 eyes (23.4%). Postoperative complications rate was highest in the PPCR + anterior vitrectomy group (48.3%, 29 eyes), lower in the isolated PPCR group (33.9%, 19 eyes), and lowest in the intact posterior capsule group (4.4%). **Conclusions:** PPCR does not reduce the incidence of PCO in pseudophakic eye in children. Preservation of an intact posterior capsule save the anatomical barrier between the anterior and posterior segments of the eye, significantly lowering the rate of postoperative complications.

Гліоми орбітальної частини зорового нерва у дітей – особливості діагностики та лікування

Боброва Н.Ф, Троніна С.А., Сорочинська Т.А.

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

Гліоми зорового нерва займають друге місце серед пухлин орбіти у дітей та п'яте місце серед первинних пухлин орбіти загалом. Традиційні стратегії лікування включають спостереження за безсимптомними або стабільними пухлинами, хіміотерапію при симптоматичних випадках та хірургічне втручання або променевою терапією при більш агресивних ураженнях.

Мета роботи – аналіз особливостей діагностики та лікування гліоми орбітальної частини зорового нерва у дітей.