

У всіх випадках ускладнень під час операції та у післяопераційному періоді не було, ендокапсулярно імплантована ІОЛ. У післяопераційному періоді діти отримували комплексну протизапальну терапію. Гострота зору після операції у всіх дітей підвищилася до 0,1-0,35 без додаткової корекції. У віддаленому періоді (12-36 міс.) анатомічний результат реконструктивних операцій зберігався на всіх очах, зорові функції покращились до 0,4-0,6 без додаткової корекції. Заключення. Розроблений спосіб ендокапсулярної імплантації ІОЛ при травматичному пошкодженні рогівки, райдужки та кришталика, дозволяє відновити анатомічні взаємовідношення структур переднього відділу травмованого ока, здійснити імплантацію ІОЛ у пошкоджений капсулярний мішок, що є найбільш фізіологічним для дитини і дає можливість відновлення та подальшого поліпшення зорових функцій.

ВІДНОВЛЕННЯ ДЕФОРМОВАНОГО КАПСУЛЯРНОГО МІШКА ДЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ГНУЧКОЇ ІОЛ

Боброва Н.Ф., Романова Т.В., Дембовецька Г.М., Сорочинська Т.А., Довгань О.Д.

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

Актуальність. Головна ціль хірургічного лікування катаракт це створення умов для досягнення максимально можливої гостроти зору. Найбільш доцільним способом хірургічної корекції афакії в даний час є імплантація ІОЛ. [O’Gallagher MK, et al. 2016, Adhikari S, et al. 2016, Ameenat Lola Solebo. et al. 2019, Qi-Hui Zhao et al. 2021]. Хірургія катаракт з імплантацією ІОЛ, як і будь-яка інша операція, є дозованою хірургічною травмою. Удосконалення атравматичних технологій набуває все більшої значимості, з використанням апаратів для факоемульсифікації катаракти останнього покоління, ультратонких мікроінструментів, іригаційних композицій, віскоеластичних протекторів реактивних структур ока. Успіхи у технології хірургії катаракти останніх десятиліть докорінно змінили ставлення до інтраокулярної корекції афакії у дітей [Боброва Н.Ф. 2000-2017, Sukhija J, et al. 2017, Ram J. et al. 2017, Self JE. et al. 2020]. Фіксація ІОЛ у капсулярному мішку кришталика має наступні переваги: розташування ІОЛ у капсульному мішку найближче до природного положення кришталика, що визначає найменший ступінь анізейконії; практично виключається можливість дислокації лінзи; а відсутність травматизації райдужної оболонки та циліарного тіла сприяють швидкому клінічному одужанню оперованого ока. Отже, імплантація ІОЛ у капсулярний мішок в даний час є найбільш перспективною та функціонально виправданою [Боброва Н.Ф. 2017, Lapid-Gortzak R. et al. 2017, Solebo AL. et al. 2020].

Мета. Розробити методику відновлення деформованого капсулярного мішка при хірургії напіврозсмоктаних і плівчастих катаракт для ендокапсулярної імплантації ІОЛ.

Матеріал та методи. Реконструктивна факоаспірація з одночасною ендокapsулярною імплантацією гнучких ІОЛ по розробленій технології проведена у 9 дітей (9 очей), - 7 хлопчиків та 2 дівчинки віком від 3 до 13 років з ускладненими напіврозсмоктаними та плівчастими катарактами, які утворилася в результаті проникаючого поранення ока на 6 очах та тяжкої контузії – на 3х. Серед супутніх ускладнень були виявлені: рубці роговки зрощені з передньою капсулою кришталіка та райдужкою на 6 очах, наслідки геметокорнеа -3 ока, передні та задні синехії – 6 та 9 відповідно; деформація зіниці на всіх очах; травматичний субтотальний мідріаз на 2 очах; деструкція скловидного тіла різної ступені вираженості (по даним УЗ) на 9 очах . Вторинна глаукома відмічалася на 3 очах. Гострота зору до операції коливалася від світловідчуття до сотих.

Розроблена хірургічна технологія відновлення порушеного капсулярного мішка (заявка с 202307250 від 22.12.2023) включає класичні елементи: тунельний розріз оболонок ока; розширення зіниці мідріатиками та іридоретракторами; введення віскоеластичу в передню камеру та під райдужку; синехіотомії та іридопластику; апаратну іригацію-аспірацію залишкових мас кришталіка; картрижну ендокapsулярну імплантацію гнучких ІОЛ; та нові: розтин передньої капсули виконується голкою в зоні залишків кришталікових; в отвір, що утворився, поступово дозовано вводять віскоеластик; щільні міжкапсулярні зрощення роз'єднують шпателем або мікроножицями; здійснюють повну віско- та механо-десекацію передньої капсули від задньої до повного відновлення об'єму капсулярного мішка кришталіка.

Результати. Операції проходили без суттєвих ускладнень; в чотирьох випадках під час роз'єднання рубцевих зрощень райдужки відмічалася помірна кровотеча, яка була купована промиванням передньої камери. Ще в 2-х випадках для роз'єднання грубих щільних зрощень передньої та задньої капсул (в одному - після проникаючого поранення риболовним крючком, в другому - після тяжкої контузії) знадобилося застосування передньокамерних ножниць якими було розрізані масивні зрощення із збереженням цілісності обох капсул кришталіка з відновлення повного об'єму капсульного мішка. Післяопераційний період протікав без особливостей. Всі діти отримували стандартну протизапальну терапію, на двох очах з вторинною глаукомою додатково призначено гіпотензивну терапію. При виписці гострота зору у всіх дітей суттєво підвищилася та становила від 0,4 до 0,7 на 8 очах, 0,25 – на одному оці. Всі діти перебували під динамічним спостереженням на протязі 12-24 місяців. У віддаленому періоді спостереження положення ІОЛ в капсулярному мішку було стабільне. Гострота зору на всіх очах підвищилася до 0,5 - 1,0. ВОТ вагався в межах норми.

Висновки. Розроблена методика реконструкції деформованого капсулярного мішка при хірургії напіврозсмоктаних та плівчастих катаракт (заявка на отримання свідоцтва на авторське право № с 202307250) дозволяє за рахунок здійснення нетрадиційного капсулорексиса, віско- та механодисекції міжкапсулярних зрощень та відновлення деформованих капсулярних склепінь провести ендокapsулярну імплантацію ІОЛ, яка має суттєві переваги над іншими методами фіксації, особливо в дитячому віці.