
кільця-розширювачі зіниці Canabrava, у 20 випадках (50%) – техніку розтину зіничного краю райдужки цанговими мікроножицями. Ітракапсулярні кільця для стабілізації капсулярного мішку використовували у 26 очах (65%). У 8 випадках (20%) імплантували трьохкомпонентну ІОЛ, розміщену по типу «замок». У 5 випадках (12,5%) було фіксовано трьохкомпонентну ІОЛ до райдужної оболонки в одній точці з використанням шву поліпропілену РС-9 10-0, у зв'язку з вираженою зонулярною недостатністю.

Висновки. Застосування додаткових механічних методів розширення зіниці, стабілізації капсулярного мішку та шовної фіксації ІОЛ під час факоемульсифікації катаракти при псевдоексfolіативному синдромі значно зменшує ризик інтраопераційних ускладнень.

Features of cataract phacoemulsification in pseudoexfoliative syndrome

Suprun O.O., Bryn M.V., Tatarina Yu.O., Kovalova K.I., Ulianova N.A.

SI «Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine» (Odessa, Ukraine)

The purpose of the study was to study the frequency of use of additional mechanical methods of pupil dilation during phacoemulsification of cataracts in pseudoexfoliative syndrome. We observed 25 patients (40 eyes) with cataracts and pseudoexfoliative syndrome. All patients underwent phacoemulsification. In 30 cases (75%), additional mechanical methods for pupil dilation had to be used intraoperatively. In 4 cases (10%), iridoretractors were used, in 6 cases (15%) - Canabrava pupil dilator rings, in 20 cases (50%) - the technique of incision the pupillary edge of the iris with microscissors. The use of additional mechanical methods of pupil dilation during phacoemulsification of cataracts in pseudoexfoliative syndrome significantly reduces the risk of intraoperative complications.

Клінічний випадок зворотнього зіничного блоку після неускладненої факоемульсифікації катаракти

Татаріна Ю. О., Ульянова Н. А.

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

Актуальність. Однією з найрідше зустрічаючихся вторинних глауком є глаукома зі зворотнім зіничним блоком, що часто буває

спричинена післяопераційними станами, в нашому випадку ультразвуковою факоемульсифікацією з імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ).

Опис випадку. Пацієнт – чоловік, 46 років, звернувся до відділення з діагнозом незріла вікова неускладнена катаракта обох очей. З гостротою зору обох очей 0,2 н/к. Внутрішньоочний (ВОТ) тиск 18,0/19,0 по Маклакову. В анамнезі супутньої патології очей не має, фіксованих підвищень ВОТ не було. Проведено ультразвукову факоемульсифікацію лівого ока, операція пройшла без ускладнень. Під вечір дня операції у пацієнта поступово наростав біль оперованого ока та лівої половини голови. Пальпаторно зафіксовано підвищення ВОТ. Пацієнту надана допомога у вигляді всіх наявних груп гіпотензивних крапель, таблеток ацетазоламід у 500 мг (2 таблетки) 2 рази на добу. Тонетром індукційного відскоку зафіксовано підвищення ВОТ до 66,5 мм рт.ст. На наступний день офтальмоскопічно: гіпертензивний набряк рогівки, патологічно глибока передня камера. Болі пацієнта не зменшувались, до лікування додано розчин гліцеролу 2 рази на добу та внутрішньовенно введення осмотичних діуретиків. ВОТ продовжував залишатись високим. При горизонтальному положенні болі збільшувались. Зменшення симптомів відмічалось після зменшення тиску передньої камери ока, шляхом випущення рідини з розрізу рогівки.

Діагностика. Проведено оптичну когерентну томографію переднього відділу ока, ультразвукове сканування переднього та заднього відділу ока. Встановлено щільне прилягання ІОЛ до краю зіниці, патологічну глибоку передню камеру, прилягання (присмоктування) райдужки до циннових зв'язок. Що призвело до підвищення ВОТ в передній камері в порівнянні з задньою камерою ока, вигину райдужки, яка почала діяти, як односторонній клапан.

Лікування. Через 2 дні пацієнту була проведена лазерна базальна іридотомія, що дозволило зняти внутрішньоочний біль та частково зменшити ВОТ до 26-27 мм рт. ст з поступовим зняттям загальної гіпотензивної терапії, але пацієнт залишався на крапельній гіпотензивній терапії. Через чотири тижні в спокійному періоді, була проведена синустрабекуліридектомія, що дозволило

повністю компенсувати ВОТ до 9,8 мм рт.ст. тонометром індукційного відскоку без гіпотензивних крапель.

Через 1 місяць, 3 та 6 місяців ВОТ тиск залишався повністю в межах норми (15,8 – 18,4 мм рт. ст) без гіпотензивної терапії.

Висновки. Даний випадок демонструє необхідність складного підходу для встановлення причини підвищення ВОТ в після операційному періоді та показує, як звичайний випадок факоемульсифікації може спричинити незвичайний випадок вторинної глаукоми.

A Clinical Case of Reverse Pupillary Block Following Uncomplicated Phacoemulsification of Cataracts

Tatarina Y.O., Ulyanova N.A.

SI "Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (Odessa, Ukraine)

One of the rarest forms of secondary glaucoma is glaucoma with reverse pupillary block. The patient, a 46-year-old man, presented to the department with a diagnosis of immature, uncomplicated age-related cataracts in both eyes. Visual acuity in both eyes was 0.2 n/c. Intraocular pressure (IOP) was 18.0/19.0 mm Hg. Phacoemulsification of the left eye was performed; the surgery proceeded without complications. By the evening of the day of the surgery, the patient experienced gradually increasing pain in the operated eye and the left side of the head. An increase in IOP to 66.5 mm Hg was recorded. Treatment was provided in the form of all available classes of antihypertensive eye drops and acetazolamide tablets at 500 mg (2 tablets) twice daily. Ophthalmoscopically: hypertensive corneal edema, pathologically deep anterior chamber; glycerol solution was added to the treatment twice daily, along with intravenous administration of osmotic diuretics. IOP remained elevated. Optical coherence tomography of the anterior segment and ultrasound scanning of the anterior and posterior segments were performed. Tight adhesion of the IOL to the edge of the pupil, a pathologically deep anterior chamber, and adhesion of the iris to the ciliary ligaments were noted. This led to an increase in IOP in the anterior chamber compared to the posterior chamber of the eye, as well as curvature of the iris, was adhering to the ciliary zonules. This led to an increase in IOP in the anterior chamber compared to the posterior chamber of the eye, causing the iris to bend and act as a one-way valve. Two days later, the patient underwent laser basal iridotomy; IOP decreased to 26–27 mm Hg, and systemic antihypertensive therapy was discontinued. Four weeks later, a synuistrabeculiridectomy was performed, and IOP was reduced to 9.8 mm Hg without hypotensive eye drops. At 1, 3, and 6 months, IOP remained completely within the normal range (15.8–18.4 mm Hg) without hypotensive therapy.
