

---

клініці VISIOBUD у 2023 році з діагнозом: Відкритокутова II-B (м) глаукома, ускладнена катаракта, ПЕС правого ока. Відкритокутова II-A(м) глаукома, ускладнена катаракта, ПЕС лівого ока.

**Результати.** В ході проведення хірургічного лікування за рахунок сублюксації кришталика на фоні слабкості циннових зв'язок прийнято рішення про проведення техніки “divide + conquer” на нерухомому ядрі, під час проведення якої виник дефект задньої капсули кришталика та передньої гіалоїдної мембрани з пролапсом скловидного тіла в передню камеру. Було проведено передню вітректомію та перехід на екстракапсулярну екстракцію ядра кришталика, в ході якої відбувся вихід ядра кришталика в скловидне тіла з відривом райдужки та гіфемою, що вимагало подальшого вітреоретинального втручання.

### **Висновки**

1. Зміни на фоні ПЕС такі як ригідність зіниці, слабкість циннових зв'язок, перерозтягнена і нееластична капсула кришталика, а також збільшення товщини кришталика являються провідними факторами виникнення ускладнень під час проведення комбінованого хірургічного лікування.

2. Вибір тактики щодо подальшого продовження та завершення комбінованої хірургії при виникненні ускладнень під час проведення операції вимагає швидкої реакції, оцінюється індивідуально у кожному випадку, інколи вимагає відтермінування дій та залучення допомоги вітереоретинального хірурга.

## **Хвилюючі миті хірургії травматичної катаракти**

Мищенко К.А., Сідак-Петрецька О.С., Ульянова Н.А.

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

**Мета:** проаналізувати складні випадки хірургії катаракти при наслідках травм ока.

**Матеріал та методи.** Проведено дослідження випадок-контроль у 8 пацієнтів з відкритими та закритими травмами ока, прооперованих у відділі посттравматичної патології ока ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України». Визначено особливості проведення факоемулсифіка-

---

ції катаракти в залежності від важкості травми та вибору методи фіксації штучного кришталика.

**Результати.** У 2 пацієнтів з набуваючою травматичною катарактою представлено розриви передньої капсули під час виконання переднього капсулорексісу. В 3 випадках спостерігались розриви задньої капсули на різних етапах хірургії. У 2 пацієнтів діагностовано різної ступені розриви цинових зв'язок внаслідок контузії. У 1 пацієнта представлено результати факоемольсифікації ускладненої катаракти після наскрізної кератопластики з приводу гнійної виразки рогівки внаслідок проникаючого поранення.

**Заключення.** При набуваючій травматичній катаракті існує ризик розриву передньої капсули, що потребує ретельної оцінки розповсюдженості розриву на екватор та задню капсулу з вирішенням питання відносно оптимального шляху видалення кришталика. При розривах задньої капсули, необхідно попередити випадіння скловидного тіла та зміщення фрагментів ядра до вітреальної порожнини, що можливо за умов використання вітреоретинальної хірургічної техніки. Травматичні сублюксації та люксації кришталика потребують використання додаткових засобів фіксації інтраокулярної лінзи. Перевага надається внутрикапсульній імплантації, або при її неможливості, шовній фіксації гаптичних елементів до склери.

## **Операція видалення фібринної плівки в зіничній ділянці, факоемольсифікація катаракти та імплантація ІОЛ**

Новицький І.Я.

*Львівський медичний центр (Львів, Україна)*

**Мета.** Продемонструвати техніку операції ФЕК у випадку колових задніх синехій (зрощення зіниці) з фібринною плівкою по зіничному краю.

**Методи.** (Відеозапис операції). Пацієнтка 34 р., звернулася в клініку «ЛМЦ» з приводу ускладненої катаракти, зрощення зіниці лівого ока. Vis OS=0,01, н.к. Око спокійне. Передня камера середньої глибини. Зіниця нерухома через колові задні синехії, по краю зіниці фібринна плівка. Периферична колобома райдужки. Кришталик гомогенно мутний.