

### РЕКОНСТРУКЦІЯ ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ОКА ПІСЛЯ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ РОГІВКИ, РАЙДУЖКИ, КРИШТАЛИКА

Боброва Н.Ф., Дембовецька Г.М., Романова Т.В., Довгань О.Д., Вдовіченко К.С.

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

Проникаючі поранення ока є основною причиною монокулярної сліпоти у дітей. Враховуючи незрілість рухових функцій у дітей, бажання імітувати поведінку дорослих без належної оцінки обставин і можливого ризику, травми у дітей трапляються частіше, ніж у дорослих, при цьому наслідки травми ока мають значний вплив на подальший розвиток дитини [Боброва Н.Ф., 2003; Риков С.А., 2012; Kaur A., Agrawal A., 2005].

Тип та важкість травми, збережена гострота зору травмованого ока та своєчасність надання медичної допомоги – відомі прогностичні фактори функціонального результату. Початкова важкість стану травмованих очей дітей у 75,9% випадків є причиною втрати форменого зору [Serrano J.C., 2003]. У більшості випадків (46,2%) при проникаючих пораненнях ока у дитячому віці діагностується поєднане пошкодження трьох структур ока, найчастіше рогівки, райдужки та кришталика [Боброва Н.Ф., 2013].

Мета роботи: розробка способу ендокапсулярної імплантації ІОЛ при поєднаних проникаючих пораненнях ока з пошкодженням рогівки, райдужки та кришталика.

Матеріал та методи. Прооперовано 15 очей у 15 дітей віком від 3 до 16 років з наслідками проникаючих поранень (зрощені посттравматичні рубці рогівки різного розміру з пошкодженням, деформацією зіниці та ускладненими посттравматичними катарактами) та зниженням гостроти зору до 0,02-світловідчуття.

Результати. Розроблено спосіб ендокапсулярної імплантації ІОЛ при травматичному пошкодженні трьох структур ока – рогівки, райдужки та кришталика (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №118409 від 25.05.2023р.), який відрізняється від класичної методики тим, що тунельний розріз лімба виконують в зоні передньокамерних зрощень; роз'єднання передніх та задніх посттравматичних зрощень здійснюється шпателем або ножицями; максимальне розширення зіниці здійснюється за допомогою іридоретракторів, введених через прокол лімба в зоні найбільшого пошкодження кришталика, відкриваючи, за наявності, збережене екваторіальне кришталикове склепіння, при цьому гаптичні елементи гнучкої ІОЛ розміщуються у збереженому капсулярному склепінні; за показами виконують видалення залишків передньої капсули у зіничній ділянці ножицями, пінцетом, або вітреотомом.

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.