

groups ($p < 0.05$), while comparisons with other groups showed no significance. Strong correlations were found among fixation and saccade parameters, suggesting stable internal relationships within oculomotor behavior. These findings reflect specific oculomotor changes after ROP laser treatment and support the relevance of further studies.

Лікування гострого нападу глаукоми при люксації мікросферофакічного кришталика в передню камеру

Боброва Н. Ф., Романова Т. В., Вдовіченко К. С.

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

Актуальність. Мікрофакія - зменшення розміру кришталика - може розвинутися внаслідок затримки внутрішньоутробного формування кришталика на 5-6 місяці вагітності, в період, коли кришталик має сферичну форму і малі розміри. Тому мікрофакія поєднується зі сферофакією. Найсерйознішим клінічним ускладненням мікросферофакії є розвиток глаукоми, викликаний дислокацією аномально малого кришталика і його защемленням в зіниці або його люксацією в передню камеру, що блокує природну циркуляцію внутрішньоочної рідини, викликає гострий напад глаукоми і вимагає термінового хірургічного втручання. При гострому нападі глаукоми, внаслідок защемлення мікросферофакічного люксованого кришталика в зіниці або люксованого в передню камеру, Chanler (Arch Ophthalmol. 1964 Jun;71:765-86.) запропонував проводити периферичну іридектомію для розблокування рухливості внутрішньоочної рідини та купіювання гострого нападу глаукоми, тому що в той час цей метод був більш безпечний для ока, ніж видалення кришталика

Мета. Розробити спосіб видалення мікросферофакічного кришталика, люксованого в передню камеру або защемленого в зіниці при гострому нападі глаукоми, переднім доступом

Матеріал та методи. Дитина Ц., 1 р., надійшла у відділення офтальмопатології дитячого віку ДУ «Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. Філатова НАМН України» з діагнозом: Обидва ока – мегалокорнея, мікросферофакія із сублюксацією кришталика; ліве око – ущемлення кришталика в зіниці, гострий

напад глаукоми. Гострота зору OU = слабкий формений зір (точніше визначення утруднено у зв'язку з неадекватною поведінкою дитини). BOT OD (п) = N, OS (п) = +3.

Результати. Прі виписці BOT нормалізувався, з'явився формений зір. Розроблено нову хірургічну технологію (авторське №134664 від 26.03.2025), яка полягає в проведенні базальної іридектомії та відрізняється тим, що: проводять проколювання кришталика ін'єкційною голкою, проводячи її через лімб та екватор кришталика, далі виводячи голку через лімб з протилежної сторони, здійснюючи таким чином фіксацію кришталика в передній камері або ділянці зіниці; через парацентез передня камера заповнюється віскоеластиком; вскриття передньої капсули кришталика ін'єкційною голкою; проводиться аспірація кришталікових мас за допомогою аспіраційної канюлі факоемульсифікатора або наконечника вітреотома, без введення в передню камеру іригаційного розчину; видалення фіксуючої голки; звуження зіниці міотиком, який введено інтракамерально; видалення залишків капсули пінцетом або вітреотомом; при показаннях – проводиться дозована передня вітректомія; шовна фіксація парацентезів.

Розроблена методика видалення мікросферофакічного кришталика, люксованого в передню камеру або защемленого в просвіті зіниці під час гострого нападу глаукоми, дозволяє в екстрених випадках видалити кришталік навіть при некомпенсованому гострому нападі глаукоми. Фіксація люксованого в передню камеру кришталика, ін'єкційною голкою, дозволяє утримувати кришталік на місці під час операції. Додаткова периферична іридектомія дозволяє знизити внутрішньоочний тиск під час операції, що створює можливість виконувати втручання під низьким тиском і уникнути таких хірургічних ускладнень, як втрата склоподібного тіла, кровотеча та ін.

Висновки. Розроблена методика видалення мікросферофакічного кришталика, люксованого в передню камеру або защемленого в просвіті зіниці під час гострого нападу глаукоми, дозволяє здійснювати атравматичне його видалення переднім шляхом, а при необхідності різко знизити об'єм вітректомії тільки передніх шарів скловидного тіла.

Використання сучасних технологій (аспіраційні канюлі факоемульсифікатора, при показаннях – вітреотоми), а також заповнення передньої камери віскоеластиком, який підтримує постійний її об'єм, чим забезпечується додаткова стабілізація положення мігруючого кришталика і створюється стійкий амортизуючий бар'єр, який запобігає випаданню склоподібного тіла в передню камеру, дозволяє обійтися без застосування іригаційної рідини з її турбулентним рухом, що виключає небажану міграцію кришталікових мас до склоподібного тіла при спонтанному розриві капсули та виключає руйнівний вплив на ендотелій рогівки.

Все вище сказане дозволяє атравматично через малі розрізи здійснити видалення м'якого кришталика в дитячому віці та створити оптимальні умови реабілітації дитини зі складною вродженою вадою у віддалені терміни спостереження.

Формування оптичної діафрагми на очах з вродженою аніридією та катарактою

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

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

Аніридія - рідкісне вроджене генетичне захворювання, при якому спостерігається різний ступінь гіпоплазії або відсутності райдужної тканини, пов'язаний з багатьма іншими змінами очей, деякі з яких присутні з народження, а деякі поступово виникають з часом.

Вроджена аніридія (ВА) умовно поділяється на несиндромальну форму, яка торкається всіх структур ока (75%) та синдромальну [20%, включаючи WAGR-синдром] [David R. et.al., 1978, Tripathy K., 2022]. У 25% випадків ВА є симптомом спадкової синдромальної патології, при якій уражаються відповідно до ембріогенезу, неврологічна, ендокринна, опорно-рухова та інші системи у поєднанні один з одним або окремо. В даний час налічується понад 20 вроджених спадкових хромосомних та моногенних синдромів з ВА. Спадкові синдроми з поліорганним ураженням і вродженими аномаліями райдужної оболонки зустрічаються приблизно в 12% випадків.