

хірургічного втручання відмічено значне підвищення ГЗ на відміну від групи контролю. Через 6 місяців після ВЕ середня ГЗ у контрольній групі змінилася щодо вихідної з 0,04 до 0,10 ( $p=0,02$ ). У групі 2 з 0,10 до 0,20 ( $p=0,001$ ), групи 3 середня ОЗ змінилася від 0,09 до 0,26 ( $p=0,0001$ ). Транзиторний гемофтальм у ранньому післяопераційному періоді в контрольній групі хворих відзначався значно частіше, ніж у групах після інтравітреального введення різних доз афліберсепту (1,0 мг та 2,0 мг) ( $p_{1-2}=0,0003$ ,  $p_{1-3}=0,0004$ ). З 10 очей контрольної групи на 4 очах (40 %) розвинувся транзиторний гемофтальм протягом 2-х місяців після ВЕ, тоді як у хворих 2 групи тільки на 2 очах з 17 (11,8%), у хворих 3 групи також тільки на 2 очах з 27 (7,4%) ( $p_{1-2} = 0,09$ ,  $p_{1-3} = 0,017$ ). Рубеоз райдужної оболонки через 2 місяці після хірургічного втручання не розвинувся в жодному випадку серед усіх 75 пацієнтів. Через 6 місяців після ВЕ рубеоз райдужної оболонки розвинувся на 5 (16,1%) очах контрольної групи. У групах із введенням афліберсепту рубеоз протягом 6 місяців не розвинувся в жодному з 44 випадків ( $p=0,02$ ).

**Висновки.** Модифікований поетапний метод хірургічного лікування, що полягає у застосуванні інтравітреальної ін'єкції 1,0 мг афліберсепту з наступною ВЕ, у пацієнтів з проліферативною ДР дозволяє досягти підвищення ГЗ через 2 та 6 місяців після операції, знизити частоту розвитку транзиторних гемофтальмів, знизити ризик розвитку рубеозу райдужної оболонки у віддаленому періоді (6 місяців) на 16% порівняно з вітректомією без попередньої антиангіогенної терапії.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГАЗОВОЇ ТАМПОНАДИ РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ В ЛІКУВАННІ ІДІОПАТИЧНИХ РОЗРИВІВ МАКУЛИ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОВЕОЗБЕРІГАЮЧОЇ МЕТОДИКИ**

*Уманець М. М., Розанова З. А., Інєс Буаллагуї*

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

В даний час хірургія ідіопатичних макулярних розривів (МР), що полягає у видаленні внутрішньої межової мембрани (ВММ) є рутинною та ефективною процедурою, що призводить до закриття розриву та підвищенню гостроти зору. Але морфологічні дослідження показали, що видалення ВММ безпосередньо по краю макулярного розриву можуть супроводжуватися травматизацією Мюллеровських клітин та іншими патологічними змінами в фовеолі, тому методики хірургічного лікування МР, які являються щадними до фовеоли, набувають все більшої актуальності. Розглядається порівняльна ефективність видалення тільки задньої

галоїдної мембрани, або видалення ВММ навколо макулярного розриву із збереженням її безпосередньо по краю МР, в найближчий до фовеоли ділянці.

Нами була застосована методика, яка полягала в формуванні клаптя - «флепу» ВММ значно периферичніше темпорального краю МР, що дозволило уникнути видалення ВММ безпосередньо по краю МР. Після формування, «флеп» ВММ загортався, розташовувався та фіксувався над МР, проводилася ендотампонада газо-повітряною сумішшю (20% SF<sub>6</sub> або 15% C<sub>3</sub>F<sub>8</sub>, довготривалість тампонади перфторпропаном довшо за гексафторид сірки). Пацієнти повинні були дотримуватися вимушеного положення голови «носом до низу» як найменше 2 тижні, доки газовий пухир в вітреальній порожнині не розсмоктувався (методика описана Файзрахмановим Р.Р. в 2019 р.).

Із використанням тампонади 20% SF<sub>6</sub> було прооперовано 14 пацієнтів (12 жінок, 2 чоловіка, середній вік 65,5 (SD 5,9)) (16 очей), розмір МР коливався від 198 до 769 мкм, середній - 443,5 (SD 165,3) мкм, давність існування МР – від 1 місяця до 3-х років, середня 7,7 (SD 9,8) місяців, передопераційна гострота зору від 0,02 до 0,25, середня 0,13 (SD 0,09). Газова тампонада тривала приблизно 2-2,5 тижня. Через 1 місяць на 5 очах (31,25%) МР не закрився, слід відмітити, що за розміром МР 415,2 (SD 180,2) мкм не відрізнялися від основної групи, а за тривалістю існування МР були більш свіжі – 1 (SD 0,5) місяця. На 2-х очах МР не закрився у зв'язку із дуже швидким розсмоктування газового пухиря (менше ніж 2 тижня) – цим пацієнтам була проведена додаткова газова тампонада 15% C<sub>3</sub>F<sub>8</sub> та пролонговано вимушене положення голови «носом до низу» ще на 3 тижні. Ще на 3-х очах МР не закрився внаслідок того, що пацієнти не дотримувалися правильного режиму після операції, на цих очах проведена ревізія вітреальної порожнини із видаленням ВММ по класичній методиці. В подальшому МР закрився на всіх 16 очах, гострота зору підвищилася до 0,45 (SD 0,16).

Із використанням тампонади 15% C<sub>3</sub>F<sub>8</sub> прооперовано 6 пацієнтів (4 жінки, 2 чоловіка, середній вік 68,3 (SD 4,14) років) (6 очей). Розмір МР коливався від 230 до 722 мкм, середній 420 (SD 177,2) мкм, тривалість існування розриву від 1 до 18 місяців, середня - 8,1 (SD 6,3) місяців, передопераційна гострота зору коливалася від 0,06 до 0,35 – середня 0,18 (SD 0,12). Газова тампонада тривала більше 3-х тижнів. В цій групі через 1 місяць МР закрився після першого втручання на всіх очах, гострота зору підвищилася до 0,5 (SD 0,15).

Фовеозберігаюча методика лікування МР, що була застосована нами, потребує більш довготривалої газової тампонади, тому, доцільно використання ендотампонади 15% C<sub>3</sub>F<sub>8</sub>.