

Вимірювання ВОТ проводили за методом Маклакова до операції та на 7-й день після операції, а також 1-й, 2-й, 3-й, 6-й, 12-й, 18-й, 24-й та 30-й місяці після оперативного втручання.

Усі пацієнти застосовували інстиляції комбінованого препарату з 4% пілокапіном у до та післяопераційному періоді. Усім пацієнтам здійснювались введення ІЕФРС як до так і після оперативного втручання.

Результати. До операції ВОТ становив $31,87 \pm 3,76$ мм рт.ст. При подальшому спостереженні ВОТ знизився до $19,20 \pm 6,64$ мм рт.ст. і тримався на тому рівні до 30-го місяця.

В ході подальших спостережень двом пацієнтам проведена лазерна транссклеральна циклокоагуляція (ТЦК). В 4-х пацієнтів ВОТ почав зростати до 24-25 мм рт.ст., тому було проведено повторне оперативне втручання. В них було виявлено повторне закриття кута 90 – 270 градусів, (повторне закриття кута пов'язано з недотриманням термінів введення ІЕФРС). На момент останніх оглядів у даних пацієнтів ВОТ залишається стабільним на місцевих гіпотензивних препаратах.

Враховуючи етіопатогенез захворювання контроль ВОТ проводився щомісяця. Пацієнтам з перенесеною ОЦВС в післяопераційному періоді було введено двічі ІЕФРС. Пацієнтам які мають ПДРП в перші 2 місяці вводили ІЕФРС кожний місяць, а після 3-го введення - через 1,5 та 2 місяці. Критерієм введення була поява новоутворених судин на райдужці.

Висновки. Ретракція кореня райдужки з фіброваскулярною тканиною від структур КПК з доопераційною підготовкою та відповідним післяопераційним веденням дає можливість знизити ВОТ та покращити зір у більшості пацієнтів протягом тривалого часу спостереження

Ефективніші результати цієї операції відмічаються в пацієнтів з НВГ після перенесеної ОЦВС. Пацієнтам з ПДРП, у яких скоріше за все вже відбулися значні органічні зміни в структурах кута передньої камери варто рекомендувати оперативні втручання фільтруючого типу.

Список літератури.

1. Shane J. Havens, Vikas Gulati. Neovascular glaucoma. Developments in Ophthalmology, 196-204. [https://doi: 10.1159/000431196](https://doi.org/10.1159/000431196)
2. Zakhar Shchomak, David Cordeiro Sousa, Inês Leal, Luís Abegão Pinto. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology. 1079-1089. [https://doi: 10.1007/s00417-019-04256-8](https://doi.org/10.1007/s00417-019-04256-8).

РЕЛАКСУЮЧІ РЕТИНОТОМІЇ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Уманець М. М., Довгань І. П.

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

Актуальність. Регматогенне відшарування сітківки (РВС) залишається найпоширенішою формою відшарування сітківки, що характеризується наявністю розриву як точки проникнення рідини в субретинальний простір, та призводить до відокремлення нейросенсорної сітківки від пігментного епітелію (ПЕС). Хронічні форми відшарування, ускладнені проліферативною вітреоретинопатією (ПВР) та інтратретинальним фіброзом, часто потребують виконання ретинотомій для досягнення анатомічного успіху. Застосування кругової ретинотомії у таких випадках залишається вкрай обмеженим. Водночас,

радіальна релаксуюча ретинотомія може зменшити величину як тангенціальних, так і радіальних сил, що протидіють силам адгезії, таким чином відновлюючи рівновагу на поверхні сітківки.

Важливим етапом перед проведенням радіальної релаксуючої ретинотомії є визначення топографічних орієнтирів задля максимального збереження ділянки зорового нерва та макули. Анатомічно щільність фоторецепторів досягає піку в задньому полюсі, приблизно в 4.5-6 мм навколо центральної ямки. Таким чином, межі розрізу визначаються з урахуванням цієї топографічної особливості, та повинні бути розташовані на відстані понад 6 мм від центральної ямки або за межами судинних аркад.

Показами до виконання радіальних релаксуючих ретинотомій слід вважати: інкарцерацію сітківки (після проникаючого поранення ока); вкорочення сітківки, як наслідок важкої ПВР, що перешкоджає контакту сітківки з ПЕС; наявність епіретинальних мембран, що нероздільно зрощені з сітківкою.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність вітректомії з радіальною релаксуючою ретинотомією задля досягнення стійкого анатомічного результату у хворих з ускладненими формами РВС.

Матеріали і методи. Вітректомія з радіальною релаксуючою ретинотомією була виконана на 5 очах (5 пацієнтів), середній вік становив 53.0 ± 15.3 ($M \pm SD$) роки. Максимально коригована гострота зору (МКГЗ) на момент звернення – 0.07 (Median (Q_{low} - Q_{up}) 0.005-0.15). Тривалість післяопераційного спостереження – 6 місяців.

Усім пацієнтам виконувалась стандартна трьохпортова вітректомія із застосуванням інструментів калібру 25Ga на хірургічній системі Constellation (Alcon). Радіальну релаксуючу ретинотомію проводили в умовах часткової