

була $224,4 \pm 43,7$ мкр, зовнішня прикордонна мембрана була відновлена на 11 очах (73,3%), еліпсоїдна зона на 10 очах (66,7%), локальне відшарування фовеоли було в 4 випадках (73,3%). В жодному випадку не спостерігалось дисоціації шару нервових волокон, дефектів внутрішнього ядерного шару, внутрішнього плексиформного шару, шару гангліозних клітин – тих змін, що пов'язані із видаленням ВПМ. Гострота зору значуще покращилась у порівнянні із вихідною і у більшості випадків 12 очей була в діапазоні 0,7 – 1,0.

Через 6 місяців після операції закриття розриву було відмічене у всіх випадках, середня товщина сітківки майже не змінилась у порівнянні із терміном 2 місяці і складала $220,9 \pm 41,1$ мкр, зовнішня прикордонна мембрана була відновлена на всіх очах (100,%), еліпсоїдна зона на 14 очах (93,3%), локальне відшарування фовеоли було тільки в одному випадку (93,3%). Гострота зору значуще покращилась у порівнянні із вихідною і на 13 очах була в діапазоні 0,8 – 1,0. Значущого покращення у порівнянні із терміном 2 місяці не спостерігалось.

Висновки. Вітреоретинальна хірургія наскрізних розривів макули з діаметром основи до 350 мкр без видалення ВПМ та застосуванням для тампонади 20% газово - повітряної суміші перфторпропану дозволяє в 100% випадків досягти повного закриття розриву. Це супроводжується відновленням зовнішньої прикордонної мембрани на всіх очах, еліпсоїдної зони в 93,3%, зі значущим покращенням гостроти зору у порівняння з вихідною у термін 6 місяців спостереження.

АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СІТКІВКИ ТА ХОРИОІДЕЇ У ХВОРИХ ІЗ ІДІОПАТИЧНИМИ РОЗРИВАМИ МАКУЛИ

Розанова З. А.

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

Ідіопатичний розрив макули (ІРМ) – це дефект всіх шарів нейросенсорної сітківки в зоні макули, супроводжується зниженням гостроти зору, появою метаморфопсій, зниженням здатності до читання, що значно погіршує якість життя хворого. Золотим стандартом лікування є вітректомія із пілінгом внутрішньої межової мембрани, подальшою тампонадою газо-повітряною або повітряною сумішшю, що призводить до змикання країв розриву та підвищення гостроти зору. Загальновідомо, що від вихідного стану сітківки залежить результат операції, тому ретельний аналіз морфологічного та функціонального стану сітківки при наявності ІРМ є важливим.

Матеріал і методи. Проаналізовано дані 70 пацієнтів (71 око із ідіопатичним розривом макули III – IV стадії за J.D.Gass), з них 15 чоловіків, 55 жінок, середній вік 65,7 (SD 6,8) років, медіана давності захворювання 3 (1,0-6,0 (Median (Q_{low}-Q_{up})) місяці.

На кожному оці із ІРМ вимірювали: максимально кориговану гостроту зору, апікальний та базальний діаметр розриву заданими оптичної когерентної томографії (ОКТ); фовеолярну аваскулярну зону (ФАЗ) в глибокому капілярному сплетінні сітківки та щільність перфузії хориокапілярів (співвідношення площі хориокапілярів, де є перфузія до площі зони вимірювання) в макулярній зоні

за ОКТ-ангіо; центральну периметрію в межах 10° (із визначенням фовеальної граничної світлової чутливості, сумарної світлової чутливості в 4-х квадрантах, наявності та глибини локальних дефектів поля зору та середнього відхилення сумарної світлової чутливості від вікової норми (дБ)); та мультифокальну електроретинографію в межах 20° (щільність позитивного піку P_1 (нВ/градус²) та латентність позитивного піку P_1 (мсек)). Всі показники порівнювалися із показниками парного ока.

Результати. Середній апікальний діаметр ІРМ становив $377,0 \pm$ (SD 281,0 – 530,0) мкм, середній базальний 673,5 $\pm$ (SD 549,5 – 1010,5) мкм. Максимально коригована гострота зору на очах з ІРМ була знижена до $0,19 \pm$ (SD 0,16) у порівнянні із парним оком $0,92 \pm$ (SD 0,03) ($p = 0,0001$). Площа ФАЗ суттєво не відрізнялася на ураженому 0,51 (Median ((Q_{low} - Q_{up}) 0,15-0,53)) мкм² та парному очі 0,46 (Median ((Q_{low} - Q_{up}) (0,10-0,74)) мкм² ($p=0,49$), проте щільність перфузії хоріокапілярів на очах з ІРМ була достовірно нижчою $0,11 \pm$ (SD 0,06) проти $0,29 \pm$ (SD 0,13) на парному оці ($p = 0,0001$).

Фовеальна гранична чутливість на очах з ІРМ було достовірно зниженою - $22,6 \pm$ (SD 9,6) дБ порівняно із парним оком $34,5 \pm$ (SD 2,92) дБ ($p=0,001$).

Щільність ретинального піку P_1 на очах з ІРМ була суттєво знижена в першому кільці мультифокальної ЕРГ (2° від точки фовеа) $56,7 \pm$ (SD 24,0) нВ/град² проти $92,7 \pm$ (SD 29,0) нВ/град² ($p = 0,0001$), та в другому кільці (3° - 5° від точки фовеа) - $37,5 \pm$ (SD 11,4) нВ/град² проти $47,4 \pm$ (SD 13,6) нВ/град² ($p=0,05$) на парному оці.

Виявлено сильну кореляцію між щільністю перфузії хоріокапілярів і мінімальним діаметром ІРМ ($r = 0,63$; $p < 0,05$), максимально коригованою гостротою зору ($r = 0,41$; $p < 0,05$) та щільністю ретинального піка P_1 МЕРГ у першому кільці ($r = 0,39$; $p < 0,05$). Щільність ретинального