

$\pm 19,9$ середня товщина судинної оболонки варіює від $271,7 \pm 24,3$ до $315,5 \pm 22,3$ мкм. У групі хворих передніми увеїтами (хронічними іридоциклітами) у період ремісії відзначалося значне стоншування шару нейроепітелію у фовеальній зоні на $38,8$ - $41,2\%$ ($p = 0,0001$) у порівнянні з групою контролю, показники якого мали значення від 112 ± 215 мкм до 154 ± 224 мкм, що пов'язано з початковими дистрофічними змінами та порушенням диференціації шарів сітківки у цій зоні. У період рецидиву, коли клінічно визначався макулярний набряк, товщина нейроепітелію в області фовеа коливалася від $168 \text{ мкм} \pm 18,6 \text{ мкм}$ до $223 \text{ мкм} \pm 14,3 \text{ мкм}$, що було вище, ніж у період ремісії на 50% , але все ще нижче, ніж у контрольної групи на $14,7\%$ ($p = 0,001$). У період ремісії товщина нейроепітелію парафовеолярно мала значення від $266 \pm 16,8 \text{ мкм}$ до $383 \pm 17,6 \text{ мкм}$, а в період рецидиву на $9,8\%$ ($p = 0,001$) вище – від $292 \pm 5,3 \text{ мкм}$ до $357 \pm 9,9 \text{ мкм}$, що), ніж у період ремісії з мінімального значенню. Слід зазначити, парафовеолярна товщина нейроепітелію була нижчою на 6% ($p = 0,08$) - $14,7\%$ ($p = 0,001$) у порівнянні з групою контролю. Перипапілярно товщина нейроепітелію мала найбільші значення в період загострення іридоцикліту, значення якого коливалися від $378 \pm 32,4 \text{ мкм}$ до $412 \pm 61,8 \text{ мкм}$, що на $8,9\%$ ($p = 0,05$) вище, ніж у контрольній групі за мінімальним значенням. У період ремісії товщина перипапілярного нейроепітелію зменшувалася на $8,3\%$ ($p = 0,056$) - $11,3\%$ ($p = 0,01$) порівняно з контрольною групою. Таким чином, при хронічних передніх увеїтах у стадії ремісії спостерігається витончення нейроепітелію в перипапілярній, парафовеолярній та фовеолярній зонах. Витончення сітківки найбільше виражено в зоні фовеа - на $38,8$ - $41,2\%$ ($p = 0,0001$).

Висновки. За даними ОКТ при хронічних передніх увеїтах у стадії ремісії спостерігається витончення

нейроепітелію в перипапілярній, парафовеоларній та фовеоларній зонах, особливо в зоні фовеа - на 40%. Під час рецидиву запалення товщина сітківки у цих зонах збільшується на 8,3% -50% залежно від рівня запалення, але не досягає нормальних значень.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АФЛІБЕРСЕПТУ В РЕЖИМІ «ЛІКУЙ ТА ПОДОВЖУЙ» У ПАЦІЄНТІВ З СУБРЕТИНАЛЬНОЮ НЕОВАСКУЛЯРНОЮ МЕМБРАНОЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ЦЕНТРАЛЬНІЙ СЕРОЗНІЙ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ: ТРИРІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

**Кустрин Т. Б., Насінник І. О., Задорожний О. С.,
Пасєчнікова^ОН.^ОВ., Король А. Р.**

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

Мета. Оцінити ефективність лікування афліберсептом в режимі «лікуй та подовжуй» у пацієнтів з субретинальною неоваскулярною мембраною (СНМ) при хронічній центральній серозній хоріоретинопатії (ЦСХРП).

Матеріал і методи. Дослідження є проспективним, одноцентровим, інтервенційним спостереженням 34 пацієнтів (34 ока) з типом 1 (прихованою) СНМ при хронічній ЦСХРП. Всім пацієнтам проводились інтравітреальне введення 2 мг (0,05 мл) афліберсепту. Графік лікування був «лікуй та подовжуй» після трьох обов'язкових завантажувальних ін'єкцій з інтервалом в 4 тижні. Головним досліджуваним показником була гострота зору з максимальною корекцією на третьому році спостереження. Другорядні показники: резорбція