
Результати. Інтраопераційний період пройшов без ускладнень. У ранньому післяопераційному періоді об'єм газового міхура становив 85%, на момент виписки – 70%, внутрішньоочний тиск – в межах норми. Гострота зору на момент виписки – світловідчуття з правильною світлопроекцією. Через 1 місяць після операції МКГЗ на OS склала 0.85, через 2 місяці – 1.0, розміри увеальної меланоми – сталі.

Висновки. За наявності увеальної меланоми малих розмірів можливе виконання вітректомії з пілінгом ВММ з приводу отвору макули за умови екстрафовеолярної локалізації новоутворення. Виконання лазерних або променевих методів лікування УМ за її малих розмірів в перед- та післяопераційному періодах небажано у зв'язку з ризиком незакриття отвору макули внаслідок рубцювання тканини.

Treatment options for uveal melanoma and macular hole

Umanets M., Dovhan I.

Odesa, Ukraine

Posterior uveal melanoma (UM) in combination with macular hole requires a search for effective and safe methods of treatment in order to preserve high visual functions. Pars plana vitrectomy with internal limiting membrane peeling for macular hole is possible for small uveal melanoma of an extrafoveal localization.

Особливості лікування пацієнта з регматогенним відшаруванням сітківки, ускладненого субретинальним фіброзом

Чумаков Є. А., Уманець М. М.

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

Актуальність. Хірургічне лікування регматогенного відшарування сітківки не завжди є успішним враховуючи ризик розвитку проліферативної вітреоретинопатії, що створює тракційні сили та викликає рецидив відшарування сітківки. Враховуючи ризики рецидиву при неускладненій формі регматогенного відшарування сітківки, хірургічне лікування регматогенного відшарування сітківки ускладненого субретинальним фіброзом потребує спеціаль-

ного підходу та інтраопераційних маніпуляцій для попередження рецидивів, а саме проведення послаблюючих ретинотомій.

Презентація випадку. Пацієнт (25 років) поступив з відшаруванням сітківки обох очей (праве око – локальне регматогенне відшарування сітківки у ділянці відриву сітківки знизу-ззовні, ліве око – епіретинальна мембрана, субтотальне регматогенне відшарування сітківки та субретинальний фіброз). Гострота зору при поступленні: правого ока = 1,0, лівого ока = 0,08 (не корегується). Внутрішньоочний тиск обох очей = 18 мм. рт. ст. Локальне відшарування сітківки на правому оці було проліковано за допомогою відмежувальної лазер-коагуляції. В той час, регматогенне субтотальне відшарування сітківки ускладнене субретинальним фіброзом в лівому оці потребувало оперативного лікування. Оперативне втручання включало субтотальну вітректомію, видалення задньої гіалоїдної мембрани на 360°, видалення епіретинальної мембрани, нижня релаксуюча ретинотомія на 180° за послідовним видаленням субретинальних тяжів, розправлення сітківки перфтордекаліном, ендолазер-коагуляція, заміна «рідина-повітря», тампонада вітреальної порожнини силіконовим маслом 5700 cSt. Гострота зору лівого ока після лікування = 0,1 з корекцією сферою +6,5 діоптрій = 0,25. Післяопераційний внутрішньоочний тиск у межах норми. Враховуючи прилягання сітківки після операції, проведення релаксуючої ретинотомії у нижньому сегменті на 180° дозволила зменшити ризик рецидиву відшарування сітківки за рахунок зменшення тракційного компоненту провокованого проліферативною вітреоретинопатією.

Висновки. Релаксуюча кругова ретинотомія дозволяє зменшити ризики рецидиву регматогенного відшарування сітківки ускладненого субретинальним фіброзом та покращити результати лікування у довгостроковій перспективі.