**Дмитрієв Сергій Костянтинович. Нові підходи до діагностики і оперативного лікування хворих з внутрішньоочними сторонніми тілами, що розташовані в задньому відділі ока : Дис... д-ра наук: 14.01.18 – 2002**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Дмитрієв С.К. Нові підходи до діагностики і оперативного лікування хворих із внутрішньоочними сторонніми тілами, розташованими в задньому відділі ока.- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.18 - Очні хвороби. - Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України, Одеса, 2002.На основі вивчених процесів, що розвиваються в травмованому оці при наявності сторонніх тіл у задньому відділі ока, встановлені характерні риси ранньої, "доклінічної" (функціональної), стадії розвитку сидерозу ока. Розроблена клініко-патогенетична класифікація сидерозу ока і вивчені фактори ризику його розвитку.Розроблено нові контактні лінзи для операційної офтальмоскопії при вітректомії для локалізації і видалення сторонніх тіл, розташованих на крайній периферії очного дна.Вивчена частота та причини післяопераційних ускладнень при видаленні сторонніх тіл.Розроблено способи хірургічного лікування хворих зі сторонніми тілами, що дозволили знизити частоту розвитку ускладнень.Розроблено показання до оптимального використання різних підходів до видалення сторонніх тіл із заднього відділу ока. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Сучасні методи обстеження і хірургічного лікування хворих зі сторонніми тілами, розташованими в задньому відділі ока, не дозволяють здійснити повноцінну діагностику металоза ока на ранніх, "доклінічних", стадіях його розвитку, локалізацію осколка, ефективно і безпечно видалити сторонні тіла, що приводить до інтра- і післяопераційних ускладнень. За даними різних авторів, ці ускладнення можуть доходити до 30-64% випадків. Пошук нових підходів до ранньої діагностики металоза, локалізації стороннього тіла і видалення внутрішньоочних сторонніх тіл, що дозволяють знизити частоту розвитку ускладнень, є актуальною задачею клінічної офтальмології.2. Збільшення ступеня клінічних проявів металоза супроводжується збільшенням площі ушкодження пігментного епітелію сітківки, що виявляється при використанні флюоресцентної ангіографії.3. Вперше встановлено, що наявність металевого стороннього тіла без клінічних ознак металоза супроводжується зменшенням хвилинного обсягу внутрішньоочної рідини на тлі нормального значення коефіцієнта легкості відтоку. Металоз ока супроводжується порушенням гідродинаміки, що виявляється в зниженні в 2,1 рази коефіцієнта легкості відтоку, підвищенні коефіцієнта Беккера. По мірі розвитку металоза відзначається збільшення патологічних змін гідродинаміки ока, що виявляється в прогресуючому зниженні відтоку камерної вологи на 65,2% і зростанні середніх даних коефіцієнта Беккера на 230%.4. На початкових клінічних стадіях розвитку металоза порушується функція зовнішніх і середніх шарів сітківки, переважно периферичних її відділів. По мірі подальшого розвитку металоза порушується функція як зовнішніх, середніх шарів сітківки в периферичних відділах і в макулярній області, так і внутрішніх її шарів.5. Вперше встановлено, що характерними рисами ранньої, "доклінічної" (функціональної), стадії розвитку сидерозу є зони токсичного ушкодження металом пігментного епітелію сітківки, що виявляються у вигляді гіперфлюоресценції хоріоідеї, порушення гідродинаміки, що зв'язані з ушкодженням циліарного тіла і скупченням залізовмісних макрофагів у куті передньої камери, а також ушкодження зовнішніх і середніх шарів сітківки, що виявляється порушенням їхньої біоелектричної активності.6. Наявність, ступінь вираженості ексудативної реакції і формування капсули, що оточує осколок, залежать від "хімічної активності" стороннього тіла. При наявності "хімічно активних" сторонніх тіл у задньому відділі ока частіше навколо осколка утворюється ексудат і формується капсула (82,4%) порівняно із сторонніми тілами "хімічно мало- і неактивними" (52,0%).7. Вперше встановлено, що клітинна і гуморальна імунореактивність організму не залежить від ступеня вираженості металоза ока.8. При локалізації сторонніх тіл в області циліарного тіла частіше розвивається сидероз із клінічними проявами в тканинах переднього відрізка ока (рогівка, райдужка і кришталик) у порівнянні з локалізацією сторонніх тіл у задньому відділі ока, але поза проекцією циліарного тіла.9. Найбільш важливими факторами серед досліджуваних, що визначають імовірність розвитку сидерозу, є тривалість посттравматичного процесу і локалізація осколка. При локалізації осколка в задньому відділі ока найбільш часто (79,2%) сидероз зустрічається при розташуванні сторонніх тіл у циліарному тілі. Інкапсуляція і величина осколка мають найменш виражене прогностичне значення для розвитку сидерозу.10. Частота розвитку ускладнень після трансциліарного видалення внутрішньоочних сторонніх тіл залежить від виду травми. Найбільш часто післяопераційні ускладнення розвиваються при наявності вогнепального чи поранення внаслідок вибуху (71,4%), при попередній безуспішній спробі діасклерального видалення внутрішньоочних сторонніх тіл (44,4%), а також при наявності металоза ока (60%).11. Застосування операційної ретинопексії в комлексі хірургічних втручань після видалення сторонніх тіл з сітківки знижує частоту розвитку відшарування сітківки в ранньому післяопераційному періоді з 60 до 5,4%, а у віддаленому післяопераційному періоді до 16,0%. Застосування методики блокуючої інфрачервоної ендолазеркоагуляції сітківки знижує частоту розвитку відшарування сітківки після операції до 10,0 %.12. Розроблені нові призматичні контактні лінзи з кутами біля основи 60-80 градусів для операційної офтальмоскопії при вітректомії дозволяють розширити можливості офтальмоскопії крайньої периферії очного дна і видалити сторонні тіла, розташовані на відстані 10-11 мм і більше від проекції площини лімба; нова конструкція протеза-індикатора для рентгенлокалізації сторонніх тіл, виконаного з прозорого матеріалу і оснащеного системою присмоктування, дозволила правильно встановити протез на поверхню ока й уникнути його зсуву при рентгенлокалізації сторонніх тіл.13. Вдосконалені методики трансциліарного підходу до видалення сторонніх тіл дозволили запобігти розвитку відшарування сітківки, внутрішньоочного крововиливу і точно локалізувати сторонні тіла шляхом:а) проведення інтраопераційної ендолазеркоагуляції сітківки до видалення стороннього тіла з сітківки;б) проведення кругової операційної ендолазеркоагуляції центральніше основи склистого тіла і газової тампонади газами, що розширюються, після видалення сторонніх тіл при найбільш важких видах травм ока;в) операційного розправлення сітківки перфлюорокарбоновими рідинами після проведення вітректомії, перед локалізацією стороннього тіла, ендоретинопексією, внутрішньою газовою тампонадою при сторонніх тілах, розташованих у "прикордонній зоні" на очах з відшаруванням сітківки.14. На підставі вивчених процесів, що розвиваються в травмованому оці при наявності сторонніх тіл, розташованих у задньому відділі ока, вперше визначена рання, "доклінічна" (функціональна), стадія сидерозу ока і розроблена його клініко-патогенетична класифікація. Це дозволило запропонувати новий підхід до діагностики сидерозу ока й обґрунтувати видалення внутрішньоочних сторонніх тіл, розташованих у важкодоступних зонах. Розроблені нові, вдосконалені, методи локалізації осколка і способи хірургічного лікування хворих із внутрішньоочними сторонніми тілами дозволили розширити можливості операційної локалізації осколка, знизити частоту розвитку післяопераційних ускладнень і створити нові підходи до видалення внутрішньоочних сторонніх тіл. |

 |