**Абдряхимов Ростислав Адганович. Удосконалення способів обробки ран фіброзної капсули важкодоступної зони ока : дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2006**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Абдряхимов Ростислав Адганович** Удосконалення способів обробки ран фіброзної капсули важкодоступної зони ока. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.18 – офтальмологія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2006.  Захищається рукопис, у якому наведені результати експериментальних (42 ока) і клінічних досліджень (210 очей), спрямованих на підвищення ефективності оперативного і консервативного лікування хворих із проникними пораненнями склери у важкодоступній для ПХО зоні ока. Розроблено нові інструментальні способи ПХО рани склери, спосіб екстрасклерального пломбування з урахуванням обсягу втрати склоподібного тіла, удосконалене консервативне лікування. Доведено ефективність запропонованого комплексу заходів при первинній хірургічній обробці поранень склери у важкодоступній зоні ока. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведені теоретичні узагальнення і нові рішення наукової проблеми лікування хворих із проникаючими пораненнями склери, що локалізуються у важкодоступній для ПХО зоні ока. Для підвищення ефективності лікування хворих з цією патологією на основі клініко-морфологічних даних розробленні нові інструментальні технології оперативного втручання. Визначено імунологічні критерії прогнозування перебігу посттравматичного процесу в оці. Удосконалено комплекс консервативної терапії хворих з пораненнями фіброзної капсули у важкодоступній для ПХО зоні ока.  1. Проникаючі поранення склери, що локалізуються у важкодоступній для ПХО зоні ока, є важкою інвалідізуючою патологією в 61,4%-80,2% випадків. Функціональні й анатомічні результати залежать від ряду причин, серед яких провідна роль належить обсягу і характеру ПХО, а також активності імунокоригувальної терапії. Усе це визначає актуальність проблеми.  2. Розроблено інструментарій для ПХО ран склери, що локалізуються у важкодоступній зоні ока, і це дозволяє забезпечити надійну фіксацію рани в 91,7% (інтервальна оцінка 80,6%–98,3%) випадків, скоротити кількість операційних ускладнень: випадання склоподібного тіла з 68,8% (інтервальна оцінка 57,9%–78,8%) до 22,5% (інтервальна оцінка 13,5%–33,1%), наростання гемофтальму з 63,6% (інтервальна оцінка 52,5%–74,1%) до 25,4% (інтервальна оцінка 15,8%–36,2%), при порівнянні з контрольною групою розходження статистично значуще на рівні Р<0,001.  3. Розроблено спосіб локального екстрасклерального пломбування з урахуванням обсягу втрати склоподібного тіла і розміру рани при ПХО рани склери, що локалізується у важкодоступній зоні ока.  4. Проведені експериментальні гістоморфологічні дослідження показали найбільшу ефективність ПХО ран склери у важкодоступній зоні ока запропонованим голкотримачем у поєднанні з запропонованим методом локального екстрасклерального пломбування в області рані, що дозволило поліпшити адаптацію рани з 33,3% (інтервальна оцінка 4,6%–72,2%) до 91,7% (інтервальна оцінка 80,6% – 98,3%), зменшити надлишкову проліферацію з 66,7% (інтервальна оцінка 27,8% – 95,4%) до 5,63% (інтервальна оцінка 0,6% – 15,3%), зменшити кількість відшарувань сітківки з 83,3% (інтервальна оцінка 46,5% – 100%) до 0% (інтервальна оцінка 0% – 28,4%) (Р<0,05).  5. У хворих із проникаючими склеральними пораненнями виявлені істотні порушення системного імунітету у вигляді вторинної імунологічної недостатності за відносним супресорним варіантом (CD8+клітини – 0,25±0,02 М/л (p<0,05)), активації аутоімунних та імунокомплексних реакцій, порушення місцевого імунітету в сльозовій рідині в обстежених хворих у вигляді зниження концентрації секреторного імуноглобуліну А до 0,14±0,03 г/л (Р<0,01) і лізоциму сльози до 0,6±0,04 мг/мол (Р<0,01), збільшення середнього геометричного титру антитіл більш ніж 1:112 у сльозі до антигенів увеального тракту і сітківки, підвищення рівня ЦІК до 1,96±0,03 г/л (Р<0,01).  6. Застосування ербісолу в комплексному лікуванні пацієнтів з проникними пораненнями склери в післяопераційному періоді сприяє скороченню тривалості симптомів запалення травмованого ока: тривалість ціліарних болів скорочувалася до 19,1±1,1 дня (Р<0,01), гіпотонії – до 17,9±0,8 дня (Р<0,01), також відбувається нормалізація факторів системного (підвищення рівня Т-лімфоцитів до 64,4±1,6% (Р<0,01), Т-хелперів до 43,3±2,2% (P<0,05), зниженню рівню ЦІК до до 2,67+0,2 г/л) і місцевого імунітету (підвищення концентрації sIg (P<0,01), лізоциму сльози (P<0,01)), зниження виразності аутоімунних та імунокомплексних реакцій.  7. Запропонований комплекс хірургічних заходів при ПХО рани склери у віддалений період спостереження у зіставленні з контрольною групою знижує кількість енуклеацій з 19,5%±4,5% до 5,6%±2,7% (Р<0,001), субатрофій – з 32,5%±5,3% до 19,7%±4,7% (Р<0,001), відшарувань сітківки – з 23,4%±4,8% до 9,9%±3,5% (Р<0,001). | |