**Тутченко Лариса Петрівна. Клінічні дослідження по досягненню та підтриманню мідріазу : дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Тутченко Л.П. Клінічні дослідження по досягненню та підтриманню мідріазу. –****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, 2005.  Проведено дослідження медикаментозного розширення зіниці у пацієнтів з нормальним анатомо-функціональним станом райдужок та у пацієнтів із зниженою діафрагмальною функцією зіниці. Запропонована схема досягнення максимального медикаментозного мідріазу на доопераційному етапі в стандартних та ускладнених ситуаціях. Вивчені роль внутрішньокамерного введення 0,5% розчину лідокаїну у досягненні та підтриманні мідріазу під час факоемульсифікації та його вплив на післяопераційне функціонування рогової оболонки. Розроблений медикаментозний спосіб підтримання мідріазу під час екстракції катаракти. Запропоновано засіб механічного розширення зіниці та захисту зіничного краю райдужки під час факоемульсифікації – пупілопротектор, та проведено порівняльний аналіз його якостей із ефективністю відомих альтернативних методик. Розроблено схему досягнення максимального мідріазу в ході екстракції катаракти, яка враховує етапи та критерії переходу від способу медикаментозного розширення зіниці на доопераційному етапі в стандартних та ускладнених ситуаціях до методик інтраопераційного мідріазу і способів його підтримання під час операції та методик механічного розширення зіниці (із врахуванням ступеня їх травматичності). | |
| |  | | --- | | Забезпечення мідріазу (досягнення та підтримання) в процесі хірургічного втручання є важливим чинником, що впливає на якість реабілітації хворих на катаракту. Спосіб одержання мідріазу повинен бути ефективним, безпечним, надійним в стандартних та ускладнених ситуаціях, що можуть виникнути.   1. Використання адреноміметиків (самостійне та в поєднанні з провідником) призводить до максимального медикаментозного мідріазу у 80,0-86,6% випадків, адреноміметика та холінолітика - в 89,3%, комбінації холінолітика, адреноміметика та провідника – у 91,4-97,1% випадків. Самостійне використання холінолітиків (або їх поєднання з провідником) в жодному разі не призводить до максимального медикаментозного мідріазу. 2. Спосіб медикаментозного розширення зіниці, що включає 3-разове закапування через 15-20 хвилин комбінації препаратів: 1-2 крапель 20% р-ну димексиду, 1-2 крапель 1% р-ну атропіну сульфату, 1-2 крапель 10% р-ну мезатону, із збереженням не менш 1-хвилинного інтервалу між закапуваннями кожного з препаратів, дозволяє досягнути максимального медикаментозного мідріазу на доопераційному етапі в 97,1% випадків – в стандартних ситуаціях та в 96,88% випадків – у нестандартних (за умови проведення операції не пізніше 2 годин після останньої інстиляції). 3. Встановлено, що у пацієнтів з катарактою, нормальним анатомо-функціональним станом райдужки, за умов крапельної анестезії внутрішньокамерне введення 0,5% розчину лідокаїну призводить до розширення зіниці на 98,62±11,63 секунді до 5,78±0,45 мм. Внутрішньокамерне введення 0,1-0,3 мл суміші, що складається з 1,0 мл 1% розчину мезатону, 0,5 мл 2% розчину лідокаїну та 0,5 мл збалансованого розчину BSS (в якій лідокаїн представлений 0,5% розчином), є ефективним засобом для підтримання мідріазу під час ФЕК. 4. Встановлено, що 0,5% розчин лідокаїну не чинить негативного впливу на післяопераційне функціонування рогової оболонки за даними біомікроскопії та ультразвукової кератопахіметрії (різниця між післяопераційною зміною товщини рогової оболонки у пацієнтів основної групи, яким внутрішньокамерно вводили 0,5% р-н лідокаїну, та у пацієнтів контрольної групи виявилась недостовірною: 110,74±8,87 мкм та 94,06±13,97 мкм відповідно, р>0,05). 5. Розроблений засіб механічного розширення зіниці та захисту зіничного краю райдужки під час ФЕК – пупілопротектор, - є найбільш безпечним в порівнянні з іншими методиками механічного мідріазу. При його використанні середній відсоток ускладнень – 5,57%, гнучких та металевих іридоретракторів – 13,59% та 16,88% відповідно, методики розтягнення сфінктера зіниці – 18,2%. 6. Розроблена схема досягнення та підтримання максимально можливого мідріазу забезпечує технологічні умови виконання екстракції катаракти (ФЕК) в стандартних на ускладнених ситуаціях. | |