**Могілевський Сергій Юрійович. Катаракта з супутньою первинною глаукомою (патогенетично орієнтоване хірургічне і лазерне лікування, профілактика післяопераційних ускладнень) : Дис... д-ра наук: 14.01.18 – 2007**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Могілевський С.Ю. Катаракта з супутньою первинною глаукомою (патогенетично орієнтоване хірургічне і лазерне лікування, профілактика післяопераційних ускладнень).– Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.18 – Офтальмологія. – Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України, Одеса, 2007.  Дисертація присвячена розробці патогенетично орієнтованих хірургічних і лазерних методів лікування хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою і розробці нових методів профілактики післяопераційних ускладнень. Встановлено, що традиційні методи хірургічного лікування хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою дозволяють в найближчі і віддалені терміни спостереження стабілізувати або розширити межі поля зору. Встановлено зниження активності клітинного і гуморального імунітету, що було визначальним фоном для розвитку цієї патології. Встановлено підвищення сенсибілізації організму до антигенів гіпоталамуса і трабекулярної тканини кута передньої камери ока, що є чинником ризику прогресування глаукомного процесу. Вперше показано, що рівень лізоциму у внутрішньоочній рідині є достовірним критерієм частоти і тривалості реактивних ускладнень з подальшим збільшенням швидкості замісної регенерації в зоні антиглаукоматозного втручання і підвищенням внутрішньоочного тиску. Отримані нові дані про імуномоделюючу дію біорегулятора «Бакплан». В експерименті вивчена його епітелізуюча, регенеруюча і протизапальна дія. Розроблено новий двоетапний метод лікування. Розроблено новий комбінований метод хірургічного лікування і нова модель гоніотома. Розроблені і впроваджені нові методи профілактики післяопераційних ускладнень з використанням «Баклана», що дозволило підвищити ефективність лікування хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою. | |
| |  | | --- | | 1. У хворих катарактою первинна глаукома зустрічається в 4-43% випадків. Частота операційних ускладнень різних методів хірургічного лікування цієї патології досягає 10%, післяопераційних – 37%. Отже, пошук нових патогенетично направлених хірургічних і лазерних методів лікування хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою, а також ефективних методів профілактики і лікування післяопераційних ускладнень є актуальною проблемою сучасної офтальмології.  2. Встановлено, що традиційні двоетапні і комбіновані методи хірургічного лікування хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою дозволяють в найближчі терміни спостереження в 92% випадків і у віддалені – в 82% випадків стабілізувати або розширити межі поля зору. Частота ранніх післяопераційних ускладнень склала 30% і пізніх – 27%.  3. Отримані нові дані про стан загального і місцевого імунітету у хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою. Встановлено зниження вмісту Т-лімфоцитів та їх функціональних можливостей на 38%, Т-хелперів на 52% та їх функціональних можливостей на 32%, Т-супресорів на 30%, співвідношення Т-хелперів/Т-супресорів до 1,45, зниження вмісту В-лімфоцитів на 56% та їх функціональних можливостей на 41%, а також дисгаммаглобулінемія, що виражено у зниженні рівня IgA і IgG і підвищенні рівня IgM, порушеннях фагоцитозу (зниження ФІ на 25% і ФЧ на 50%) і фагоцитарної активності лейкоцитів, що свідчить про зниження активності клітинної і гуморальної ланок імунітету і є визначальним фоном для розвитку даної патології.  4. Вперше встановлено, що у хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою, високий ступінь (вище 0,3) сенсибілізації організму до антигенів гіпоталамуса і трабекулярної тканини кута передньої камери ока в 90% випадків є чинником ризику прогресування глаукомного процесу і розвитку нестабілізованої первинної глаукоми.  5. Вперше встановлено, що у хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою рівень лізоциму у внутрішньоочній рідині, який перевищує 4,2 мг/мл є достовірним критерієм підвищення частоти і тривалості реактивних ускладнень після комбінованого хірургічного лікування з подальшим збільшенням швидкості замісної регенерації в зоні антиглаукоматозного втручання, порушенням відтоку внутрішньоочної рідини і підвищенням внутрішньоочного тиску.  6. Отримані нові дані про імуномоделюючу дію нового природнього біорегулятора «Бакплан» на макрофагальну ланку (підвищення на 44% активованих нейтрофілів в НСТ-тесті, стимульованому «Бакпланом») і Т-систему імунітету (підвищення на 30% Е-РОК спонтанних в тесті навантаження з «Бакпланом»).  7. Вперше в експерименті встановлена епітелізуюча, регенеруюча і протизапальна дія нового природнього біорегулятора рослинного походження «Бакплан» на експериментальній моделі травми рогової оболонки і відсутність пошкоджучої дії на всі анатомічні структури ока.  8. Розроблений новий двоетапний (хірургічний і лазерний) метод лікування хворих катарактою в поєднанні з первинною глаукомою є високоефективним і безпечним. Його застосування дозволило в 93% випадків у пацієнтів з І і II стадією первинної глаукоми і в 76% випадків у пацієнтів з III і IV стадією первинної глаукоми зберегти на доопераційному рівні або розширити межі поля зору при термінах спостереження 2 роки. Клінічні спостереження встановили можливість його застосування у хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою І-ІV стадій і з єдиним, потенційно зрячим оком.  9. Сучасні технології хірургічного лікування хворих катарактою в поєднанні з первинною глаукомою – тунельна екстракція катаракти, імплантація інтраокулярної лінзи і трабекулектомія, а також факоемульсифікація, імплантація інтраокулярної лінзи і трабекулектомія є високоефективними і безпечними. Їх застосування дозволило у віддалені терміни спостереження зберегти межі поля зору на доопераційному рівні або розширити їх в 93% випадків і в 94% випадків відповідно і отримати високу гостроту зору в 70% випадків і в 69% випадків відповідно. Клінічні спостереження встановили можливість їх виконання у хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою І-ІV стадій і з єдиним, потенційно зрячим оком.  10. Розроблено і впроваджено в клінічну практику новий високоефективний спосіб комбінованого хірургічного лікування хворих катарактою в поєднанні з первинною глаукомою – тунельна екстракція катаракти, імплантація задньокамерної інтраокулярної лінзи і дозована ендогоніотомія, що дозволив в 99% випадків в найближчі і в 98% випадків у віддалені терміни спостереження стабілізувати або розширити межі поля зору, і в 34% випадків в найближчі і в 31% випадків у віддалені терміни спостереження отримати гостроту зору 0,7-1,0.  11. Розроблена і впроваджена в клінічну практику нова модель гоніотома, яка відрізняється наявністю кільцевого упору і довжиною ріжучої частини 2 мм, що відповідає глибині дренажної зони кута передньої камери ока і дозволяє виконувати дозовану ендогоніотомію з мінімальною травматизацією тканин.  12. Розроблені і впроваджені в клінічну практику нові високоефективні способи профілактики і лікування ускладнень після комбінованого хірургічного лікування хворих катарактою з супутньою первинною глаукомою – застосування природнього біорегулятора рослинного походження «Бакплан» у вигляді інстиляцій 1% водного розчину сухого екстракту по 2 краплі 6 разів на день протягом 5 днів щодня і його комбінація протягом 5 днів з імпульсним електромагнітним полем синусоїдальної форми з магнітною індукцією 10 млТл, частотою імпульсу 12,5 Гц, часом реверсу 5 с і тривалістю 10 хвилин, дозволив знизити частоту післяопераційних ускладнень на 20% та їх тривалість на 3 доби. | |