**Гузун Ольга Володимирівна. Ефективність низькоінтенсивного лазерного випромінювання в лікуванні хворих "сухою" формою центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії: дисертація канд. мед. наук: 14.01.18 / Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України. - О., 2003**

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

|  |
| --- |
| **Гузун О.В. Ефективність низькоінтенсивного лазерного випромінювання в лікуванні хворих “сухою” формою центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії. - Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.18 - очні хвороби. - Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України, Одеса, 2003.У дисертації патогенетично обґрунтовано новий спосіб лікування хворих “сухою” формою центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії (ЦАХРД) шляхом застосування низькоінтенсивного випромінювання напівпровідникового (НП) лазера ближнього інфрачервоного діапазону спектра. В експерименті показано, що один із механізмів впливу НП лазера червоного та ближнього інфрачервоного діапазонів спектра на світлосприймаючий апарат є мембраностабілізуюча дія на лізосоми сітківки (щільність потужності випромінювання на поверхні рогівки 0.4 мВт/см експозиція 300 с), яка здійснює позитивний ефект на метаболічні процеси у клітинах пігментного епітелія. В клінічному розділі на підставі дослідження функціонального стану зорового аналізатора у 262 хворих (291 око) “сухою” формою ЦАХРД встановлено більш виражене підвищення функціональної активності сітківки після двох курсів лікування НП лазером ближнього інфрачервоного діапазону спектра на ранніх етапах захворюваності (підвищення гостроти зору у 88% хворих в середньому на 29%). Повторне застосування лазертерапії є найбільш доцільним з періодичністю у 6 місяців. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Зростання захворюваності та інвалідизація хворих з центральною атеросклеротичною хоріоретинальною дистрофією серед працездатного населення України та відсутність ефективних способів лікування зумовлюють необхідність розробки нових методів терапії, в тому числі лазерстимуляції.2. В експерименті визначені параметри низькоінтенсивного лазерного випромінювання, що здійснюють стабілізуючу дію на мембрани лізосом сітківки кролика для гелій-неонового та напівпровідникового лазера ближнього інфрачервоного діапазону спектра щільністю потужності випромінювання на поверхні рогівки 0.4-1.4 мВт/см, для червоного діапазону спектра - 0.4-1.0 мВт/см.3. Визначено підвищення функціональних показників зорового аналізатора після одного курсу впливу низькоінтенсивного випромінювання напівпровідникового лазера ближнього інфрачервоного діапазону (890 нм) у хворих “сухою” формою центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії початковой стадії: ГЗ на 26% й СЧ “7'” на 33%; розвиненій: ГЗ на 45% й СЧ “7'” на 70%; далекозайденій стадії: ГЗ на 40% й СЧ “7'” на 18%.4. Зниження функціонального стану зорового аналізатора понад 50% до 6 місяця після курсу лікування у хворих з різним ступенем важкості “сухої” форми центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії дозволило обґрунтувати доцільність проведення повторного курсу лазертерапії у ці терміни.5. Визначено підвищення функціональних показників зорового аналізатора після повторного курсу лікування низькоінтенсивним випромінюванням напівпровідникового лазера ближнього інфрачервоного діапазону у хворих “сухою” формою центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії початкової стадії: ГЗ - на 22% й СЧ “7'” - на 40%; розвиненої: ГЗ - на 48% й СЧ “7'” - на 73%; далекозайденої стадії: ГЗ - на 20% й СЧ “7'” - на 13%. Стабілізація дистрофічного процесу спостерігається протягом 12 місяців з початку лікування.6. Розроблений ефективний спосіб лікування хворих “сухою” формою центральної атеросклеротичної хоріоретинальної дистрофії з використанням низькоінтенсивного випромінювання напівпровідникового лазера ближнього інфрачервоного діапазону спектра, що дозволяє на ранніх стадіях захворювання у 88% хворих підвищити гостроту зору на 29% у результаті двох курсів лазертерапії (патент України 53525 А від 15.01. 2003 р.). |

 |