**Федоров Леонід Антонович. Ефективність модернізованої мікрохірургічної техніки в формуванні додаткових шляхів відтоку внутрішньоочної рідини при лікуванні відкритокутової глаукоми. : Дис... канд. наук: 14.01.18 – 2006**

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

|  |
| --- |
| Федоров Л.А. Ефективність модернізованої мікрохірургічної техніки в формуванні додаткових шляхів відтоку внутрішньоочної рідини при лікуванні відкритокутової глаукоми.- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.18 – офтальмологія. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ 2006.Розроблено мікрохірургічний спосіб непроникаючого типу лікування відкритокутової глаукоми, який забезпечує стійке функціонування додаткових шляхів відтоку внутрішньоочної рідини. Проведено порівняння функціональних результатів та гідродинамічних показників модернізованої антиглаукоматозної операції та синусотрабекулектомії. Відмічено, що запропонована мікрохірургічна техніка стабілізує гідродинамічні показники в 97,3% випадків. Проведена ультразвукова біомікроскопія фільтраційної подушки. Показано, що оптимальною за структурою є дифузно-розлита фільтраційна подушка. Вивчені клінічні особливості тенонової капсули, а також патоморфологічні та гістохімічні її зміни. Проведено аналіз хемілюмінесцентних критеріїв у хворих на відкритокутову глаукому, який дозволяє прогнозувати стабільність гіпотензивного ефекту антиглаукоматозної операції. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Хірургічне лікування при глаукомі є важливим елементом в корекції некомпенсованих гідродинамічних показників. Досягнення довготривалого гіпотензивного ефекту після антиглаукоматозної операції пов’язано з утворенням додаткових шляхів відтоку внутрішньоочної рідини під кон’юнктиву, що, в свою чергу, прямо залежить від хірургічної техніки, яка використовується, та проліферативної активності тканин в зоні втручання.
2. Розроблено спосіб хірургічного лікування глаукоми з висіченням тенонової капсули на гідравлічній подушці, виключенням фіксації швами поверхневого склерального клаптя, інтраопераційним формуванням фільтраційної подушки, який сприяє вільній течії внутрішньоочної рідини та зниженню ризику надмірного рубцювання в зоні формування додаткових шляхів відтоку.
3. Гіпотензивний ефект у віддаленому періоді при запропонованому способі лікування глаукоми досягається в 97,3% випадків із збереженням гостроти зору на вихідному рівні та стабілізації поля зору; при синусотрабекулектомії гіпотензивний ефект досягається в 72,9% випадків при стабілізації поля зору та зниження гостроти зору в середньому на 10%.
4. При запропонованому способі хірургічного лікування глаукоми дифузно-розлита фільтраційна подушка спостерігається в 87,8% випадків, пласка в 8,1% випадків, кистозна в 4,1% випадків, тоді як після синусотрабекулектомії дифузно-розлита фільтраційна подушка спостерігається в 24,3% випадків, пласка в 65,7% випадків, кистозна в 10% випадків. За даними ультразвукової біомікроскопії дифузно-розлита фільтраційна подушка сприяє вільній течії внутрішньоочної рідини в зоні сформованих додаткових шляхів відтоку, тоді як при пласкій та кистозній фільтраційних подушках вона порушена за рахунок надмірного рубцювання операційної зони.
5. Встановлено, що тенонова капсула у хворих глаукомою різна за товщиною. Товщина тенонової капсули пов’язана з рядом факторів: тонка тенонова капсула характерна для хворих віком 72,8±1,8 років із світлою радужкою (84,4% випадків), вираженими дистрофічними змінами (2,36±0,1 бала) з третьою стадією відкритокутової глаукоми (50% хворих); товста тенонова капсула спостерігається у хворих в віці 61,1±1,8 років на очах з менш вираженими дистрофічними змінами (1,52±0,16 бала) при початковій та розвиненій стадії захворювання (65,5% хворих), а світлі радужки на очах з товстою теноновою капсулою зустрічаються в 67,7% випадків.
6. За допомогою гістохімічного аналіза встановлено, що генез патологічних змін в теноновій капсулі пов'язаний з порушенням процесів мікроциркуляції, підвищенням проникненості стінки судин дрібного калібру, зміною властивостей їх ендотеліального бар'єру, накопиченням в основній речовині тенонової капсули протеїново-полісахаридних комплексів крові з наступною їх полімеризацією.
7. На очах з тонкою теноновою капсулою в 90,9% випадків формується дифузно-розлита фільтраційна подушка, пласка в 4,55% випадків та кистозна у 4,55% хворих, тоді як на очах з товстою теноновою капсулою дифузно-розлита фільтраційна подушка спостерігається в 77,42% випадків, пласка в16,12% та кистозна в 6,45% випадків.
8. Обчислювання індексу хемілюмінесценції може бути використано для прогнозування активності місцевих проліферативних процесів після антиглаукоматозних операцій та з’ясування вірогідності формування дифузно-розлитої фільтраційної подушки. Індекс хемілюмінесценції у хворих на глаукому рівний 246,81±105,54, тоді як у здорових він складає 801,14 ±110,4 (Р<0,001). У хворих з тонкою теноновою капсулою при індексі хемілюмінесценції 50,61±28,3 вірогідність формування дифузно-розлитої фільтраційної подушки на 13,5% вище, ніж у хворих із товстою теноновою капсулою при індексі хемілюмінесценції 320,39±113,4 (Р<0,05).
 |

 |