**Жеребко Інна Борисівна. Комбінований кріомікрохірургічний спосіб в лікуванні вторинної неоваскулярної глаукоми у хворих на цукровий діабет : дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2006**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Жеребко І.Б.* Комбінований кріомікрохірургічний спосіб лікування вторинної неоваскулярної глаукоми у хворих на цукровий діабет. –**Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.18 – офтальмологія. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2006.  Дисертація присвячена вивченню еффективності диференційованого застосування розробленого кріомікрохірургічного способу лікування з новими модифікаціями СТЕ (Деклараційний патент України № 43190 А; Деклараційний патент України № 70522 А) в лікуванні 80 хворих на ЦД (98 очей) з ВНВГ в залежності від стадії неоваскуляризації райдужної оболонки. Доведено доцільність виконання основного етапу СТЕ в умовах глибокої гіпотермії тканин ока.  Доведено, що проведення кріоциклоретинопексії хворим на ВНВГ з вираженою неоваскуляризацією райдужної оболонки призводить до зменшення інтенсивності неоваскуляризації та зниження ВОТ. Визначено переваги тунельної СТЕ (Деклараційний патент України № 53837 А), порівняно з ступінчастою СТЕ (Деклараційний патент України № 36501 А) в кріомікрохірургічному способі лікування хворих з ВНВГ. Запропоновано алгоритм мікрохірургічного лікування ВНВГ на фоні ЦД, який передбачає застосування розробленого кріомікрохірургічного способу, переважно з тунельною СТЕ, хворим з 1-2 стадіями неоваскуляризації райдужки. Хворим з 3-4 стадіями неоваскуляризації райдужки лікування за розробленим крімікрохірургічним способом рекомендовано проводити через 2 тижні після кріоциклоретинопексії. | |
| |  | | --- | | 1. Вторинна неоваскулярна глаукома у хворих на цукровий діабет є одним із ускладнень термінальної стадії діабетичної ретинопатії, відповідно до класифікації діабетичної ретинопатії (ETDRS). Частота неоваскуляризації райдужки у хворих з проліферативною діабетичною ретинопатією становить 33-64%, а неоваскулярна глаукома при проліферативній діабетичній ретинопатії розвивається в 13-22% випадків. 2. З метою створення оптимальних умов для виконання антиглаукоматозної операції фільтруючого типу та зниження ризику розвитку геморагічних ускладнень у хворих з вторинною неоваскулярною глаукомою на фоні цукрового діабету удосконалено патогенетично орієнтований підхід, який передбачає диференційоване застосування кріоциклоретинопексії, залежно від стадії неоваскуляризації райдужки. 3. З урахуванням цього підходу розроблено кріомікрохірургічний спосіб лікування вторинної неоваскулярної глаукоми. Спосіб базується на виконанні модифікаціїї фільтруючої техніки антиглаукоматозної операції – ступінчастої або тунельної синустрабекулектомії в умовах глибокої локальної гіпотермії тканин ока, які створює кріоциклоретинопексія з однією додатковою транссклеральною кріоаплікацією у зоні запланованої фільтрації. 4. Застосування кріомікрохірургічного способу лікування вторинної неоваскулярної глаукоми з неоваскуляризацією райдужки 1-2 стадії у хворих на цукровий діабет дозволяє знизити кількість геморагічних ускладнень до 23,3%, стабілізувати внутрішньоочний тиск у 76,75% випадків без додаткової місцевої гіпотензивної терапії, у 23,25% випадків з додатковою місцевою гіпотензивною терапією та забезпечити регрес неоваскуляризації райдужки в 93,02% випадків на протязі 12 міс. 5. Застосування кріоциклоретинопексії у хворих на цукровий діабет з вторинною неоваскулярною глаукомою і неоваскуляризацією райдужки 3-4 стадії призводить до регресу неоваскуляризації до рівня 1-2 стадії, зниженню внутрішньоочного тиску до рівня 27-30 мм рт. ст. в 87,3% випадків через 2 тижні, що забезпечує більш сприятливі умови для подальшого застосування кріомікрохірургічного способу лікування із ступінчастою або тунельною синустрабекулектомією. 6. Застосування кріомікрохірургічного способу лікування у хворих з вторинною неоваскулярною глаукомою та 3-4 стадією неоваскуляризації райдужки через 2 тижні після кріоциклоретинопексії забезпечує стабілізацію внутрішньоочного тиску в 74,55% випадків без додаткової місцевої гіпотензивної терапії, в 25,45% - з додатковою місцевою гіпотензивною терапією, знизжує кількість геморагічних ускладнень до 25,4% та призводить до регресу неоваскуляризації райдужки у 96,4% на протязі 12 міс. 7. Застосування ступінчастої або тунельної синустрабекулектомії в якості фільтруючої операції при кріомікрохірургічному способі лікування вторинної неоваскулярної глаукоми дає можливість отримати практично однаково стабільний післяопераційний результат. Але, при виконанні тунельної синустрабекулектомії кількість гіфем під час операції була меншою, ніж при виконанні ступінчастої синустрабекулектомії за рахунок більш швидкої адаптації операційного доступу: на 13,9% - у хворих І групи та на 11% - у хворих ІІ групи. 8. Для профілактики розвитку внутрішньоочної кровотечі й одержання більш стабільних післяопераційних результатів у хворих на цукровий діабет з вторинною неоваскулярною глаукомою і неоваскуляризацією райдужки 3-4 стадії застосування кріомікрохірургічного способу лікування рекомендоване через 2 тижні після виконання кріоциклоретинопексії, яка призводить до зменшення неоваскуляризації райдужки до 1-2 стадіїї та зниження внутрішньоочного тиску до 27-30 мм рт.ст. У хворих з вторинною неоваскулярною глаукомою з неоваскуляризацією райдужки 1-2 стадії на фоні цукрового діабету показане застосування кріомікрохірургічного способу лікування, переважно з тунельною синустрабекулектомією, який дозволяє отримати стійкий гіпотензивний результат з мінімальною кількістю геморагічних ускладнень. | |