

на 61,4% и 48,4%, «боль в ухе при высмаркивании» – на 97,1% и 75,0%, «боль в области лица при наклонах» – уменьшение частоты в 3,3 раза и 2,4 раза.

На 7-е сутки лечения необходимость в назначении антибиотикотерапии возникла в исследуемой группе у 5 (20%) пациентов, в контрольной группе – у 7 (28%) пациентов, при этом учитывались изменения в общем анализе крови, повышение уровня СОЭ, СРБ, увеличение количества лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. По клиническим проявлениям пациенты соответствовали средней степени тяжести. В выборке пациентов, которым потребовалось проведение антибиотикотерапии, наблюдалась слабая положительная динамика в оценках заложенности носа, объема носовых выделений и постназального затекания слизи, сохранялась болезненность и дискомфорт в области проекции околоносовых пазух при наклоне головы, утомляемость и заложенность в ушах при высмаркивании. Случаев госпитализации пациентов и осложнений риносинусита не зарегистрировано.

Заключение

Анализ результатов анкеты-опросника SNOT-22 показал значимое уменьшение выраженности симптомов острого поствирусного риносинусита легкой и средней степени тяжести в условиях амбулаторно-поликлинической практики у пациентов после 7 дней лечения при применении препарата Фурасол для промывания носовых ходов по Проетцу. Использование у пациентов препарата Фурасол для промывания носовых ходов по Проетцу является безопасным методом лечения и в большинстве случаев позволяет обеспечить эффективную терапию пациентов с ОРС без назначения системной антибиотикотерапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шиленкова, В. В. EPOS-2020. Что нового? / В. В. Шиленкова, К. А. Шиленков // Российская ринология. – 2020. – № 28(2). – С. 94–100.
2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями (взрослое население)», утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017.
3. Лопатин, А. С. Микробиом носовой полости и околоносовых пазух в норме и при патологии / А. С. Лопатин, И. С. Азизов, Р. С. Козлов // Российская ринология. – 2021. – № 29(1). – С. 23–30.
4. Пухлик, С. М. Эволюция применения лекарственного препарата Фурасол при заболеваниях глотки / С. М. Пухлик, И. К. Тагунова // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2016. – № 6(1). – С. 129–139.

УДК 617.741-004.1:617.7-007.681-06-07

Д. П. Глушко, А. Г. Юрковец, А. А. Кинёнес

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

СКЛЕРОКОРНЕАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ИОЛ В ОСЛОЖНЕННЫХ СЛУЧАЯХ КАТАРАКТЫ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГЛАУКОМЕ

Введение

Глаукома и катаракта являются одними из основных причин слепоты и слабовидения. Они часто носят сочетанный характер – в 17–38,6% случаев. В 2020 г. в мире насчитывалось 79,6 млн пациентов с диагнозом глаукомы, ежегодно 30,1 млн человек в общей популяции нуждается в катарактальной хирургии. Патология связочно-капсулярного аппарата хрусталика встречается у 7,3% пациентов с глаукомой (0,46–2,3% в общей популяции).

При несостоятельности связочно-капсулярного аппарата хрусталика возможна имплантация переднекамерной интраокулярной линзы (ИОЛ) с размещением ее опорных элементов в области угла передней камеры, пупиллярная фиксация ИОЛ либо транссклеральная фиксация ИОЛ. Однако только транссклеральная фиксация ИОЛ обеспечивает наиболее физиологичное расположение ИОЛ в задней камере с сохранением зрачковой функции радужки. Кроме того, при фланцевой фиксации, удерживающей нити в слоях роговицы, исключается прорезывание швов, а риск геморрагических осложнений (гифемы, гемофтальма) нивелируется правильной техникой [1–3].

Цель

Анализ рефракционного результата факэмульсификации осложненных катаракт (ФЭК) при патологии связочно-капсулярного аппарата хрусталика и сопутствующей открытоугольной глаукомы, а также оценка динамики глаукомного процесса после стандартной факэмульсификации катаракты со склерокорнеальной фиксацией ИОЛ.

Материал и методы исследования

Так, 40 пациентам (41 глаз) после обследования выполнена ФЭК одним хирургом на фоне сопутствующей открытоугольной глаукомы. Основную группу составили 17 пациентов (18 глаз) с глаукомой и сублюксацией катарактального хрусталика I и II ст., где была выполнена ФЭК с имплантацией капсульного кольца и склерокорнеальной фланцевой фиксацией ИОЛ. Контрольную группу составили 23 пациента (23 глаза), где проведена стандартная ФЭК при сопутствующей открытоугольной глаукомы.

Комплексное офтальмологическое обследование включало проведение стандартных общепринятых и специальных дополнительных методов исследования: визометрии, тонометрии, биомикроскопии, офтальмоскопии, кератометрии, оптической/ультразвуковой биометрии, расчета ИОЛ по формуле Barrett Universal II с использованием оптимизированных констант (IOL Master 700, Zeiss), оптической когерентной томографии переднего отрезка глаза (Visante OCT, Zeiss), компьютерной периметрии 30-2 (Humphrey II, Zeiss). Статистический анализ выполнен с помощью компьютерной программы StatSoft STATISTICA 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Предоперационная острота зрения в основной группе составила 0,11 (0,02;0,15), в контрольной – 0,09 (0,02;0,1). Через 1 мес. после проведенного лечения в двух группах получено улучшение остроты зрения без коррекции: в основной до 0,45 (0,25;0,65) и контрольной до 0,82 (0,7;1,0). Низкая острота зрения в основной группе связана с глаукомной оптиконеуропатией (ГОН). В основной группе преобладали пациенты с развитой и далекозашедшей стадией глаукомы 10 глаз, в то время как в контрольной – начальной и развитой 20 глаз.

Послеоперационная рефракция в двух группах была эметропической ($0 \pm 0,5$ Д) и составляла в основной группе 0,11 Д ($-0,25; 0,34$), в контрольной 0,0 Д ($-0,5; 0,25$).

В обеих группах отмечалось повышение светочувствительности сетчатки и снижение глубины скотом поля зрения. В основной группе MD до операции составляла $-10,55$ ($-19,56; -2,30$) и PSD $5,69$ ($2,28; 10,13$), после операции $-6,66$ ($-7,71; -1,25$) и $4,67$ ($1,98; 6,83$) соответственно. В контрольной группе MD до операции составляла $-5,01$ ($-6,78; -1,31$) и PSD $4,27$ ($2,17; 5,17$), после операции $-3,77$ ($-3,77; -1,07$) и $3,94$ ($1,86; 4,79$) соответственно.

Внутриглазное давление в основной группе до операции составляло 23,56 мм рт. ст. ($20,0; 25,0$), в послеоперационном периоде – 18,93 мм рт. ст. ($17,0; 20,0$). Внутриглазное давление в контрольной группе до операции составляло 21,30 мм рт. ст. ($19,0; 24,0$), в по-

слеоперационном периоде – 19,0 мм рт. ст. (18,0;20,0). Таким образом, в основной группе достигнут более выраженный гипотензивный эффект оперативного лечения.

В основной группе у большего числа пациентов гипотензивный капельный режим ослаблен – 4 случая (22%) против 1 в контрольной (4%). У 4 пациентов в двух группах (22% в основной и 17% в контрольной) инстилляцией антиглаукомных капель отменены.

Заключение

1. Склерокорнеальная фиксация ИОЛ позволяет достичь прогнозируемого рефракционного результата за счет фиксированного эффективного положения линзы, обладает сопоставимым гипотензивным эффектом, как и стандартная факоэмульсификация при глаукоме.

2. Достигнутый гипотензивный эффект также позволяет снизить медикаментозную нагрузку и замедлить течение ГОН в исследуемой группе со слабостью связочного аппарата хрусталика.

3. Превентивная фланцевая склерокорнеальная фиксация ИОЛ приводит к быстрой зрительной реабилитации пациентов, позволяет сохранить зрачковую функцию и снизить риск послеоперационных осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Касьянов, А. А. Трансклеральная фиксация эластичной ИОЛ. Микровазивные технологии / А. А. Касьянов // Офтальмология. – 2017. – № 14 (4). – С. 291–298.
2. Кожухов, А. А. Систематизация и анализ методов склеральной фиксации ИОЛ / А. А. Кожухов, О. В. Унгуриянов, А. Д. Румянцев // Современные технологии в офтальмологии. – 2019. – № 5 (30). – С. 49–54.
3. Малюгин, Б. Э. Обоснование возможности фиксации ИОЛ на передней капсуле естественного хрусталика при осложненном течении факоэмульсификации / Б. Э. Малюгин, Н. А. Струсова, Ф. А. Саллум // 3-я Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 2003. – Ч. 1. – С. 201–203.

УДК 617.753-036.86:617.741-004.1

Д. П. Глушко, А. Г. Юрковец, А. А. Кинёнес

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

УСПЕШНОСТЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОЙ РЕФРАКЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ БЕСШОВНОЙ ФАКОВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Введение

Актуальность проблемы обусловлена тем, что в течение 2 лет после витреоретинальной хирургии (ВРХ) 79–84% пациентов нуждаются в проведении факоэмульсификации катаракты (ФЭК) для восстановления прозрачности оптических сред глаза. Распространенность идиопатических макулярных разрывов составляет приблизительно от 1,6 до 3,3 случаев на 1000 пожилых пациентов. Частота встречаемости эпиретинальной мембраны (ЭРМ) – 6,5–9,1% в популяции старше 65 лет [1, 2].

Задачами ФЭК на современном этапе являются не только восстановление прозрачности оптических сред глаза, но также достижение рефракции «цели» (на сегодняшний день возможно достижение рефракции цели $\pm 0,5$ D в 70% случаев и $\pm 1,0$ D среди 90% всех хирургий) и устранение имеющихся аметропий и астигматизма, а при желании пациента – обеспечение псевдоаккомодации.