

умеренно (77 %) расширены и извиты. Видимая сетчатка чистая, макулярная зона без особенностей — в 92,3 % случаев, в 7,7 % — выявлена периферическая хориоретинальная дистрофия сетчатки. ОУ: ангиопатия 1а степени выставлена в 30,77 %, ангиопатия 1б степени — в 69,23 % случаев.

Выводы

1. С момента установления факта беременности должно проводиться диспансерное наблюдение. Обязательно проводить консультацию смежных специалистов, в том числе офтальмолога. Необходимы сведения о течении предыдущих беременностей и родов, об осложнениях, приводящих к ухудшению зрения.

2. Оценка состояния глазного дна беременной помогает правильному установлению степени тяжести преэклампсии, а также правильно выбрать наиболее рациональный вариант тактики ведения беременности и родов.

3. При неэффективности симптоматической терапии, особенно в случае прогрессирования патологических изменений глазного дна (кровоизлияние в сетчатку, отек диска зрительного нерва, отслойка сетчатки) и наличии не поддающихся коррекции уровней артериального давления, решение о прерывании беременности или досрочном родоразрешении зависит от общего состояния больной, срока гестации, характера и динамики изменений глазного дна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рочева, С. Л. Спорные аспекты тактики ведения беременности и родов у женщин с миопией. Актуальные проблемы офтальмологии / С. Л. Рочева // Матер. Всерос. науч. конф. молодых ученых. — М., 2006. — С. 309–311.
2. Травкин, А. Г. Особенности родоразрешения при гестозе беременных с миопией / А. Г. Травкин, Л. С. Логутова, К. Н. Ахвледиани // Вестник офтальмологии. — 2007. — С. 26–29.
3. Нарзуллаева, Е. Н. Эклампсия: учеб.-метод. пособие / Е. Н. Нарзуллаева, Ф. М. Абдурахманов, М. С. Мухамадиева. — Душанбе, 2006. — С. 3.
4. Серов, В. Н. Эклампсия / В. Н. Серов, С. А. Маркин. — М.: МИА, 2002. — С. 140–141; 208–464.

УДК 617.7-007.681-053.7

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Барсукова Т. А., Махди Л. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичная врожденная глаукома (ПВГ) — заболевание глаз, рано приводящее к слепоте, сопровождается патологическим повышением внутриглазного давления из-за наследственных (генетических) или внутриутробных дефектов развития дренажной системы глаза, приводящих к нарушению оттока внутриглазной жидкости. Врожденная глаукома встречается с частотой 1 на 10 тыс. новорожденных. Ювенильная глаукома — наиболее редкий вид ПВГ, который выявляется в возрасте от 3 дней до 16 лет [2]. Несмотря на достаточно редкую патологию, врожденная глаукома чаще, чем другие глазные болезни, приводит к ранней слепоте и инвалидизации детей первых лет жизни [1]. В связи с этим основой профилактики слепоты от врожденной глаукомы является ее ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение.

Цель

Углубленно изучить течение ювенильной открытоугольной глаукомы на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

В качестве материалов для исследования послужили выписки из медицинской карты стационарного пациента, результаты современных методов визуализации, консультаций смежных специалистов, анамнестические данные, были проанализированы доступные работы в отечественной и зарубежной литературе.

Результаты исследования и их обсуждение

К этиологическим факторам развития относят неблагоприятные воздействия внешней и внутренней среды, приводящие к развитию аномалии, препятствующие оттоку внутриглазной жидкости. Наиболее частой аномалией является блокада трабекулярной зоны радужно-роговичного угла не рассосавшейся эмбриональной мезодермальной тканью [3].

Клинический случай

Ребенок N., возраст 16 лет, поступил в отделение микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» с целью дообследования и определения тактики дальнейшего ведения. При поступлении основными явились жалобы на снижение остроты зрения обоих глаз; периодически возникающие боли в глазах, чаще вечером после зрительных и физических нагрузок.

Из анамнеза: со слов пациента, зрение начало снижаться около 2 лет назад, когда впервые была выявлена миопия слабой степени. В апреле 2017 г. был выставлен диагноз ювенильная 1А глаукома обоих глаз. Миопия слабой степени. В качестве гипотензивной терапии был назначен Бринзолмид 1 % — по 1 капле 3 раза в день в оба глаза.

Офтальмологический статус при поступлении: острота зрения (vis) OD — 0,6 sph — 0,75D = 1,0, vis OS — 0,9 sph — 0,25D = 1,0. Внутриглазное давление (ВГД) OD/OS по Маклакову — 24/25 мм рт. ст. Офтальмологический статус OU: Положение глаз правильное. Движение в полном объеме. Конъюнктив глазного яблока спокойная. Роговица чистая, прозрачная. ПК средней глубины, равномерная. Влага прозрачная. Зрачок округлый, d — 3,5 мм. РЗС живая. Радужка рельефна, обычного цвета. Хрусталики прозрачны. Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, экскавации округлой формы, глубокие, симметричные, размером 0,4 ДД. Ход и калибр сосудов соответствует возрастной норме. На периферии сетчатки OD — отдельные пигментированные хориоретинальные очажки. Макулярная зона без особенностей. При гониоскопии: OU — УПК открыт, визуализируется гребенчатая связка, остатки мезодермальной ткани. Данные биометрии: OD: AL = 23,18; AC = 3,68; Lens = 3,56; Vitr = 15,94; OS: AL = 23,22; AC = 3,88; Lens = 3,45; Vitr = 15,89. УЗИ обоих глаз: OU — сетчатка плотная, прилежит во всех отделах. При проведении нагрузочной пробы OD/OS = 23/25 мм рт. ст., через час OD/OS = 23/22 мм рт. ст., что свидетельствует о характерной для глаукомы лабильности аппарата, регулирующего внутриглазное давление.

ОКТ: OU — архитектура слоев сетчатки сохранена. OD — умеренно выражено истончение сетчатки пара- и перифовеолярно. Была проведена ОКТ переднего отрезка обоих глаз: OD: толщина стромы роговицы 640 μ m, медиальный радужно-роговичный угол — 44°, латеральный — 37,8°; OS: толщина стромы роговицы 650 μ m, медиальный радужно-роговичный угол — 44,2°, латеральный — 42,5° (таблица 1).

Таблица 1 — Лазерная поляриметрия

	TSNIT Average (мкм)	Superior Average (мкм)	Inferior Average (мкм)	TSNIT Standart Deviation	IES	NFI
OD	47,7	58,9	58,3	22,1	0,93	24
OS	51,0	63,0	65,8	25,4		23

Консервативная терапия включала: инстилляцию капель бринзоламид 1 % — по 1 капле 3 раза в день в оба глаза, капли Флоксал в OS по 1 капле 5 раз в день, капли Сульфацина натрия 30 % в OS по 2 капли 5 раз в день, желе Солкосерила закладывать за нижнее веко левого глаза 4–5 раз в день. Хирургическое лечение: операция на OS — субсклеральная синусотрабекулэктомия (СТЭ) с базальной иридэктомией с применением гемостатической губки-дренажа.

При выписке: офтальмологический статус: vis OS – 0,07 sph +2,0 Д cyl – 4,25 Д ax 30 = 0,7. ВГД OD/OS (по Маклакову) — 26/20 мм рт. ст. OS: Незначительная реактивная гиперемия глазного яблока, послеоперационная конъюнктивальная рана адаптирована состоятельным микрощвом, фильтрационная подушка — функционирует. Роговица чистая, прозрачная. ПК средней глубины, равномерная. Влага прозрачная. Зрачок округлый, d = 3,5 мм. РЗС

живая. Радужка рельефна, обычного цвета. Хрусталики прозрачны. Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, экскавация округлой формы, глубокие, симметричные, размером 0,4 ДД. Ход и калибр сосудов соответствует возрастной норме. Макулярная зона без особенностей.

Контрольный осмотр через месяц после выписки: Vis OD 0.5 sph – 0,75Д = 1,0; OS 0.8 cyl – 0,5 Д ax30° = 1,0. Данные биометрии: OD: AL = 23,05; AC = 3,36; Lens = 4,01; Vitr = 15,68; OS: AL = 23,03; AC = 3,62; Lens = 3,77; Vitr = 15,68. ОКТ переднего отрезка обоих глаз: OD: медиальный радужно-роговичный угол — 41,5°, латеральный — 47,1°; OS: медиальный радужно-роговичный угол — 50°, латеральный — 39,3°.

Выводы

1. ВГ до настоящего времени остается актуальной проблемой и требует углубленного изучения, наиболее раннего выявления и хирургического лечения у детей.

2. Не стоит забывать, что снижение остроты зрения является одним из первых симптомов врожденной глаукомы, так как глазное яблоко детей эластично и повышенное ВГД приводит к его растяжению.

3. При измерении ВГД необходимо учитывать существенное влияние толщины роговицы на показатели тонометров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арестов, Д. О. Хирургические аспекты ультразвуковой трабекулэктомии в лечении врожденной глаукомы у детей / Д. О. Арестов // Российская педиатрическая офтальмология — 2014. — № 1.
2. Кански, Дж. Дж. Клиническая офтальмология / Дж. Дж. Кански, Т. Р. Таррант // Логосфера. — 2006. — С. 733.
3. Аветисов, Э. С. Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. — М.: Медицина, 1987. — С. 496.

УДК 615.33:616-08-039.57-022 «2015-2017»

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» В 2015–2017 ГГ.

Басальга А. М., Сенникова А. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Устойчивость микроорганизмов к антибиотикам является в настоящее время одним из самых актуальных вопросов современной медицины. Особенно остро данная проблема стоит в отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) в связи с ростом антибиотикорезистентности и в конечном итоге возрастании количества летальных случаев у пациентов. По решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 7 апреля 2011 г. антибиотикорезистентность признана глобальной проблемой, которая требует незамедлительного принятия мер по ее решению [1].

Цель

Изучить и проанализировать данные о динамике развития антибиотикорезистентности у микроорганизмов, выделенных у пациентов в ОИТР Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (У «ГОКБ») в период с 2015 по 2017 гг. включительно.

Материал и методы исследования

В основу исследования положен анализ данных отдела микробиологических исследований клиничко-диагностической лаборатории У «ГОКБ». Данные лаборатории включали в себя посевы на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделенные из биологических сред (мокрота, трахеобронхиальный аспират, кровь, моча, отделяемое из ран,