

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 посева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделенные из биологических сред (мокрота, трахеобронхиальный аспират, кровь, моча, отделяемое из ран,

брюшной и грудной полостей, ликвор) у пациентов, находящихся на лечении в ОИТР У «ГОКБ». Идентификация микроорганизмов и исследование чувствительности к антибиотикам проводилась на автоматическом бактериологическом анализаторе Vitek 2 Compact (BioMérieux, Франция).

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Согласно изученным данным, в отделении ОИТР преобладают следующие представители грамотрицательной флоры: *Acinetobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*. Грамположительная флора представлена *Enterococcus spp.* и *Staphylococcus aureus*.

У представителей рода *Acinetobacter* отмечен рост резистентности с 2015 по 2017 гг. к Амикацину — от 44 до 76,1 %; к Левофлоксацину — от 65 до 83,8%. Резистентность к Пиперациллину/тазобактаму колебалась от 57 % в 2015 г. до 65,3 % в 2016 г. В то же время было отмечено снижение резистентности к данному препарату до 59 % в 2017 г. Высокий уровень резистентности был выявлен в отношении препаратов из группы цефалоспоринов, карбапенемов и монобактамов. Так, резистентность к Цефепиму возросла от 86 % в 2015 г. до 100 % в 2016 г. и уменьшилась в дальнейшем до 96,4 % в 2017 г.; к Меропенему возросла от 91 % в 2015 г. до 96,1 % в 2016 г. и снизилась до 94,4 % в 2017 г. Колебания резистентности у Имипенема были незначительны от 92 % в 2015 г. до 94,6 % в 2016 г. и до 93 % в 2017 г. Резистентность в 2017 г. к Цефтазиму составила 91,1 %, Дорипенему — 92,3 %, Цефоперазону — 100 %, Цефтриаксону — 100 %, Азтреонаму — 100 %. В то же время, отмечено снижение резистентности отмечалось к Ампициллину/сульбактаму от 23 % в 2015 г. до 15,8 % в 2017 г. Резистентность к Тигециклину сохранялась на низком уровне: от 1,5 % в 2015 г. до 1,6 % в 2016 г. В 2017 г. исследования по данному препарату не проводились.

У *Pseudomonas aeruginosa* отмечена 100 % резистентность к Ампициллину/сульбактаму, Цефтриаксону, Триметоприму. Высокий уровень резистентности отмечен также к группе карбапенемов и фторхинолонов. Так, резистентность к Меропенему колебалась от 75 % в 2015 г. до 68,8 % в 2016 г. с последующим ростом резистентности до 81 % в 2017 г., к Имипенему изменялась от 75 % в 2015 г. до 68,2 % в 2016 г. и 76,6 % в 2017 г. Показатель резистентности для Левофлоксацина колебался от 83 % в 2015 г. до 67,4 % в 2016 г. и 74,2 % в 2017 г., а для Ципрофлоксацина составил 78,1 % в 2017 г. Наблюдался рост резистентности к Цефоперазону/сульбактаму от 59,3 % в 2016 г. до 63,2 % в 2017 г., к Цефепиму от 58 % в 2015 г. до 73,6 % в 2017 г. В то же время, в 2017 г. резистентность к Цефтазидиму находилась на уровне 55,1 %. Тенденция к росту резистентности сохранялась и с некоторыми другими препаратами. Так, резистентность к Пиперациллину/тазобактаму изменялась от 10 % в 2015 г. до 22,2 % в 2016 г. и 19,3 % в 2017 г.; к Амикацину — от 29 % в 2015 г. до 18,8 % в 2016 г. и 50 % в 2017 г. В то же время, отмечено незначительное снижение резистентности к Тигециклину от 100 % в 2015 г. до 95,6 % в 2016 г. В 2017 г. исследования по данному препарату не проводились.

У представителей рода *Klebsiella spp.* отмечен стабильный рост резистентности с 2015 по 2017 гг. к Ампициллину/сульбактаму — от 50 до 91,3 %; к Цефтриаксону — от 68 до 94,4 %; к Цефепиму — от 69 до 95,7 %; к Меропенему — от 23 до 68,8 %; к Имипенему — от 24 до 63 %; к Амикацину — от 35 до 62,9 %; к Левофлоксацину — от 61 до 91,4 %, к Цефоперазону/сульбактаму — от 56,8 % в 2016 г. до 71,4 % в 2017 г. К Цефтазидиму и Цефоперазону резистентность в 2017 г. составила 95,7 и 90 % соответственно. В 2015–2016 гг. исследования по данным препаратам не проводились. В то же время отмечено отсутствие резистентности к Тигециклину в 2015–2016 гг. В 2017 г. исследования не проводились.

У представителей рода *Enterococcus spp.* был выявлен рост резистентности к Доксициклину от 17 % в 2015 г. до 39,8 % в 2017 г. К Ванкомицину резистентность увеличилась от 1 % в 2015 г. до 13,4 % в 2016 г. с последующим снижением до 5,9 % в 2017 г. Отмечено снижение резистентности с 2015 по 2017 гг. к Ципрофлоксацину — от 83 до 62,5 %; к Пе-

нициллину — от 60 до 39,5 %. Резистентность к Нитрофурантоину колебалась от 37 % в 2015 г. до 40,3 % в 2016 г. и 7,1 % в 2017 г. К Амоксициллину/клавуланату резистентность составила 47,6 % в 2016 г. В 2015, 2017 гг. исследования не проводились. К Ампициллину/сульбактаму резистентность составила 22,9 % в 2017 г. В 2015–2016 гг. исследования не проводились. Также отмечено отсутствие резистентности к Линезолиду.

У *Staphylococcus aureus* выявлен стабильный рост резистентности с 2015 по 2017 гг. к Амикацину от 12 до 23,9 %; к Нитрофурантоину — от 3 до 10 %; к Доксициклину — от 8 до 28,6 %. Наблюдалось незначительное снижение резистентности у Левофлоксацина от 29 % в 2015 г. до 27,9 % в 2016 г. с последующим ростом резистентности до 32,1 % в 2017 г. Подобная картина также наблюдалась в отношении Кларитромицина и Клиндамицина: снижение резистентности от 49 % в 2015 г. до 34,7 % в 2016 г. с последующим ростом до 52,1 % в 2017 г. К Пенициллину отмечен рост резистентности от 70 % в 2015 г. до 95,8 % в 2016 г. с последующим ее снижением до 86,8 % в 2017 г. В отношении Оксациллина отмечено снижение резистентности от 47 % в 2015 г. до 39,1 % в 2017 г. К Цефазолину резистентность составила 21,2 % в 2017 г. В 2015–2016 гг. исследования не проводились. Резистентность к Ванкомицину составила 0,8 % в 2016 г., что позволяет судить о высокой чувствительности *Staphylococcus aureus* к данному препарату.

#### **Выводы**

На основании полученных данных, можно сделать выводы о наибольшей чувствительности представителей рода *Acinetobacter spp.* к Ампициллину/сульбактаму и Тигециклину; *Pseudomonas aeruginosa* — к Пиперациллину/тазобактаму; у представителей рода *Klebsiella spp.* — к Тигециклину. *Enterococcus spp.* обладает наибольшей чувствительностью к Ампициллину/сульбактаму, нитрофурантоину, линезолиду, ванкомицину; *Staphylococcus aureus* — к нитрофурантоину и ванкомицину.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The WHO policy package to combat antimicrobial resistance // Bulletin of the World Health Organization. — 2011. — № 89. — P. 390–392.

#### **УДК 579.6**

### **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВОДНЫХ НАСТОЕВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ И СОРТОВ ЧАЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ШТАММЫ *E. COLI* И *E. FAECALIS***

*Безбородова Д. О., Матюхина О. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Азовскова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Смоленск, Российская Федерация**

#### **Введение**

На протяжении многих веков люди используют чай в качестве тонизирующего напитка и как средство лечения различных заболеваний. Чай — это многокомпонентный и сложный по своему составу напиток, способный оказывать различную биологическую активность, и на сегодняшний день существует ряд публикаций как зарубежных, так и отечественных исследователей, в которых подробно изучено действие того или иного компонента чая на биохимические процессы в организме человека. Вместе с тем все еще остается открытым вопрос действия этих компонентов на микрофлору человека.

#### **Цель**

Поскольку биологическая активность компонентов чая определяется качеством технологии его приготовления, предполагается изучить *in vitro* влияние водных настоев различных сортов чая на микробиологические свойства клинических штаммов *E. coli* и *E. faecalis*.