

19 (19,6 %) и энтеробактерии (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii*) — 18 (18,6 %).

Коагулазонегативные стафилококки (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *S. hominis*) были выделены из 12 (12,4 %) образцов, энтерококки (*Enterococcus faecium*, *E. faecalis*) — из 5 (5,2 %), грамотрицательные неферментирующие бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas putida*, *Burkholderia cepacia*) — из 10 (10,3 %).

Заключение

Необычайно высокая доля отрицательных результатов микробиологических исследований диализной жидкости (78,4 %), указывающая на преимущественно асептический характер диализного перитонита, может быть связана с рядом субъективных причин (предшествующая антибиотикотерапия, трудность выделения и идентификации отдельных групп микроорганизмов).

Преобладание среди бактериальных возбудителей представителей кожной микрофлоры (*S. aureus* и коагулазонегативных стафилококков) свидетельствует о преимущественно интралюминальном (интракатетерном) и периллюминальном (перикатетерном) инфицировании брюшной полости.

Заслуживает внимания значительно более высокая (19,6 %) по сравнению с литературными данными частота выделения кандид из диализной жидкости больных перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Microbiology and outcomes of peritonitis in Australian peritoneal dialysis patients / J. R. Ghali [et al.] // Peritoneal Dialysis International. — 2011. — Vol. 31 (6). — P. 651–662.
2. Microbiology of Peritonitis in Peritoneal Dialysis Patients with Multiple Episodes / J. N. Sharon [et al.] // Peritoneal Dialysis International. — 2012. — Vol. 32(3). — P. 316–321.
3. ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update / C. C. Szeto [et al.] // Peritoneal Dialysis International. — 2017. — Vol. 37 (2). — P. 141–154.
4. Microbiological aspects of peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis / S. Vikrant [et al.] // Indian J Nephrol. — 2013. — Vol. 23(1). — P. 12–17.
5. Microbiological Profile of Peritoneal Dialysis Peritonitis and Predictors of Hospitalization / J. A. Quintanar-Lartundo [et al.] // Advances in Peritoneal Dialysis. — 2011. — Vol. 27. — P. 38–42.

УДК 617.713-007

ТОЛЩИНА РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ

Бобр Т. В.¹, Куриленко А. Н.^{2,3}

**¹Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,**

**²Учреждение
«Гомельская областная специализированная клиническая больница»,**

**³Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Миопией (или близорукостью) страдают пациенты разных возрастов и сфер деятельности. Одним из значимых критериев отбора пациентов на кераторефракционную хирургию является показатель толщины оптической зоны роговицы. В современной рефракционной хирургии одной из лидирующих методик стала Femtolasik. Ее преимущество перед обычной технологией Lasik заключается в возможности формирования роговичного лоскута строго заданных параметров. Но в ряде случаев у пациентов с ми-

оптической рефракцией исходно имеется тонкая оптическая зона роговицы. Согласно данным литературы, к тонкой роговице относится толщина оптической зоны от 481 до 520 мкм, к ультратонкой — от 441 до 480 мкм. При тонкой роговице не всегда удается применить хирургические технологии, так как возрастает риск развития послеоперационной кератэктазии. Кератэктазия представляет собой прогрессирующее дистрофическое заболевание роговицы, характеризующееся ее истончением, растяжением, конусовидным выпячиванием, а при далеко зашедшем процессе — помутнением и рубцеванием, приводящим к значительному снижению остроты зрения, развитию астигматизма высокой степени и непереносимости контактной коррекции [1–4].

Цель

Исследовать частоту встречаемости тонкой роговицы среди пациентов с миопической рефракцией.

Материал и методы исследования

Исследовано 48 пациентов (96 глаз) с различной степенью миопии методом случайной выборки. Средний возраст составил $30,2 \pm 2,3$ лет. Степень миопии варьировала от $-1,25$ до $-8,0$ дптр; астигматизм от 0,5 до 1,75 дптр. Внутриглазное давление (по Маклакову) у всех пациентов в пределах нормы и составило $17,9 \pm 0,1$ мм рт. ст. Максимально скорректированная острота зрения 1,0. Критерии исключения: патология роговицы, ранее проведенная рефракционная хирургия, врожденные аномалии развития органа зрения. Помимо общего офтальмологического обследования проводилась пахиметрия (по стандартной методике) оптической зоны роговицы. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени близорукости. 1-я группа 22 глаза с миопией слабой степени (до 3,0 дптр), 2-я — 46 глаз с миопией средней степени (3,25–6,0 дптр), 3-я — 28 глаз с миопией высокой степени (более 6,0 дптр).

Результаты исследования и их обсуждение

Ультратонкой роговицы (менее 481 мкм) и ультратолстой (более 601 мкм) ни в одной из групп зарегистрировано не было. Толщина оптической зоны роговицы в среднем (у всех пациентов) составила $530,4 \pm 24,5$ мкм (нормальная толщина роговицы в оптической зоне составляет 521–560 мкм). В 1-й группе толщина роговицы составила $529,2 \pm 22,2$ мкм, при этом, тонкая роговица была у 4 (18,2 %) глаз; во 2-й — $532,2 \pm 25,3$ мкм — тонкая роговица была у 10 (21,7 %) глаз и у 2 глаз толстая (561–600 мкм) — 4,3 %; в 3-й — $528,7 \pm 20,9$ мкм тонкая роговица была зарегистрирована на 6 (21,4 %) глазах.

Нами не была выявлена закономерность между степенью миопии и толщиной роговицы в исследуемых группах.

Выводы

1. Наибольшая часть исследуемых глаз имела нормальную толщину оптической зоны роговицы.
2. В каждой из исследуемых групп (при различной степени миопии) встречалась тонкая роговица, что требует индивидуального подхода при определении показаний к кераторефракционной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние толщины роговицы на пневмотонометрические показатели внутриглазного давления / Л. И. Балашевич [и др.] // Офтальмохирургия. — 2005. — № 1. — С. 29–31.
2. Экзимерлазерная хирургия и регенерация роговицы. Часть 1. Клинические разновидности регенерации роговицы при коррекции миопии методами ФРК и ЛАСИК / В. В. Егоров [и др.] // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2006. — № 3. — С. 4–9.
3. О влиянии кератопахиметрических показателей на тонометрическое внутриглазное давление / А. Б. Качанов [и др.] // Вестник Томского государственного университета. — 2015. — Т. 20, № 3. — С. 606–609.
4. Толщина роговицы у лиц без патологии гидродинамики / М. В. Шевченко [и др.] // Вестник Оренбургского государственного университета. — 2008. — № 12. — С. 147–150.