

Из рисунка 2 видно, что только для Гомельской области и г. Минска характерен резкий рост количества ЛЖВ, в отличие от остальных областей нашей страны. В целом в Беларуси отмечается ежемесячное увеличение количества ЛЖВ. Однако ежемесячный прирост незначителен для новых случаев ВИЧ среди новорожденных детей и лиц с проявлениями СПИДа. В результате анализа в период с октября 2013 г. по январь 2014 г. наблюдался всплеск роста количества людей с установленным диагнозом СПИД.

Также нами была установлена положительная корреляционная связь между общим приростом количества ВИЧ-инфицированных и новых случаев ВИЧ среди новорожденных детей (коэффициент корреляции Пирсона — 0,4,  $p < 0,05$ ). Соответственно, можно констатировать, что рост распространенности ВИЧ-инфекции сопровождается ростом частоты ВИЧ-инфицирования среди новорожденных [2, 3, 4].

Потребность в антиретровирусных ЛС определяется с помощью математическо-экономического метода. Благодаря данному методу осуществляется моделирование потребления ЛС с учетом различных факторов. К таким факторам относятся данные о годовом количестве ЛС на одного пациента (на основе установленных схем лечения) и динамике их использования за предыдущие годы. Также определяющим фактором для расчета является прогнозируемое количество пациентов, которые могли бы получать терапию за установленный период. Исследование динамики ВИЧ-инфекции позволит максимально точно определить потребность в антиретровирусных ЛС [5].

#### **Выводы**

1. С 2013 по 2015 г. в Республике Беларусь увеличилось количество ЛЖВ на 3973 человека. Исходя из сохраняющейся линейной зависимости, к концу 2020 г. количество ЛЖВ может превысить 20 тыс. человек. Ежемесячный прирост незначителен для новых случаев ВИЧ-инфекции среди новорожденных детей и лиц, больных СПИДом.

2. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции можно использовать для определения прогнозируемого количества пациентов при расчете потребности в антиретровирусных ЛС.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. ВИЧ/СПИД: Онлайн-вопросы и ответы // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/features/qa/71/ru>. — Дата доступа: 27.01.2016.
2. Единый белорусский веб-портал по ВИЧ/СПИДу [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [www.aids.by](http://www.aids.by). — Дата доступа: 25.01.2016.
3. Белорусское общественное объединение «Позитивное движение» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [www.pmplus.by](http://www.pmplus.by). — Дата доступа: 24.01.2016.
4. Ассоциация некоммерческих организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа «БелСеть антиСПИД» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [www.belaims.net](http://www.belaims.net). — Дата доступа: 24.01.2016.
5. Маркетинговые методы определения потребности изучения спроса на лекарственные препараты [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/baed2c5f\\_metody\\_opredeleniya\\_potrebnosti.pdf](http://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/baed2c5f_metody_opredeleniya_potrebnosti.pdf). — Дата доступа: 25.01.2016.

**УДК 617.7-08**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОФТАЛЬМИТОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА**

*Кириченко Д. А.*

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

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

#### **Введение**

Эндофтальмит (греч. *endo* — «внутри» + греч. *ophthalmos* — «глаз») — гнойное воспаление внутренних оболочек глазного яблока, развивающееся в результате попадания внутрь глаза бактерий, грибов или, сравнительно редко, паразитов. Эндофтальмит является

наиболее грозным осложнением в офтальмологии, часто приводящим к потере зрения, а иногда и глазного яблока как целостной структуры [1].

Чаще всего он является осложнением открытой травмы глаза (95–97 %), реже — хирургического вмешательства (2–4 %), а также крайне редко встречаются эндогенные эндофтальмиты (1–2 %). Последствием инфекционных осложнений травм глаза является слепота в 43–60 %, субатрофия глазного яблока — в 25–35 % и энуклеация глаза — в 10–40 %, а преобладание среди пострадавших лиц мужского пола работоспособного возраста придает этой проблеме социальный характер. Наиболее вероятными возбудителями инфекционных эндофтальмитов являются стафилококки и стрептококки, самые тяжелые и быст-ротечные формы вызываются кишечной и синегнойной палочками [2].

В настоящее время «золотым стандартом» лечения эндофтальмита во многих странах является полная витрэктомия с последующим введением антибиотиков в витреальную полость [3]. Антибактериальные препараты при эндофтальмите применяют местно в виде инстилляций, субконъюнктивальных, ретро- и парабулбарных инъекций. Из противовоспалительных препаратов используют глюкокортикоиды. Применяют их как местно (в каплях, в субконъюнктивальных инъекциях), так и системно [4]. Однако ни один из существующих методов лечения эндофтальмита на сегодняшний день не дает полного восстановления зрительных функций.

### **Цель**

Оценка эффективности лечения эндофтальмитов по материалам Гомельского областного центра микрохирургии глаза.

### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в Гомельском областном центре микрохирургии глаза с диагнозом «эндофтальмит» в 2013–2015 гг.

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

В 2013–2015 гг. было выявлено 30 случаев эндофтальмита, что составило 1,9 % от общего количества пролеченных пациентов. Возраст пациентов колебался от 24 до 89 лет, средний возраст составил  $60 \pm 3,5$  лет. Этиологически эндофтальмиты в 13 (43,3 %) случаях — посттравматические, причем во всех случаях имели место проникающие ранения, в том числе в 4 (30,7 %) случаях с внутриглазным инородным телом (ВГИТ); в 13 (43,3 %) случаях — послеоперационные, из них 12 случаев после факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ и 1 после витреоретинальной хирургии по поводу тотального гемофтальма; 3 (10 %) случая составили эндофтальмиты в результате прободения язвы роговицы и 1 (3,3 %) случай — эндофтальмит невыясненной этиологии.

Исходная острота зрения на момент госпитализации составила в 7 случаях — 0,0 (23,3 %), в 2 (6,7 %) случаях — неправильная светопроекция, в 5 (16,7 %) случаях — правильная светопроекция, в 10 (33,3 %) случаях — движение руки у лица, в 2 (6,7 %) случаях — счет пальцев у лица, в 3 случаях — 0,04–0,05 (10 %), в 1 случае — 0,1 (3,3 %).

Клинически у пациентов отмечались отек век, хемоз, выраженная инъекция конъюнктивы, в 5 (16,7 %) случаях присутствовало гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости. Со стороны роговицы наблюдались отек, гнойная инфильтрация (4 случая — 13,3 %), десцеметит, преципитаты на эндотелии, в 1 (3,3 %) случае — изъязвление роговицы, в 1 — десцеметоцеле, в 2 (6,7 %) случаях — гнойное расплавление с перфорацией. Также присутствовали такие симптомы как опалесценция влаги передней камеры, сгустки фибрина, гипопион, изменение цвета и рисунка радужки, фибрин в области зрачка, изменение формы зрачка. Реакция зрачка на свет — вялая или отсутствовала. Взвесь в стекловидном теле (СТ) присутствовала во всех случаях. Рефлекс глазного дна — тусклый, с желтоватым оттенком, или отсутствовал.

При ультразвуковом исследовании во всех случаях присутствовала взвесь в СТ в большом количестве, в основном диффузного характера, в 8 (26,7 %) случаях выявлено утолщение внутренних оболочек, в 2 (6,7 %) случаях присутствовал отслоенный эксосигнал, в 1 (3,3 %) случае присутствовала отслойка сосудистой оболочки.

Из проведенных методов лечения 8 (26,7 %) пациентам проводилась витрэктомия (ВЭ). Из них в 4 случаях с одномоментным интравитреальным введением антибиотиков-фторхинолонового ряда. Кроме этого, всем пациентам проводилось консервативное лечение, включающее антибактериальную и противовоспалительную терапию. Антибиотики применялись как местно, в виде инстилляций в конъюнктивальную полость, парабульбарных и субконъюнктивальных инъекций, так и системно, в виде внутривенных инъекций. Для местного применения использовались фторхинолоны (чаще ципро- и левофлоксацин) и аминогликозиды (чаще гентамицин). Для внутривенного введения использовались цефалоспорины II–III поколений, ванкомицин, амикацин, метронидазол. Также применялись ГКС (дексаметазон): местно, во всех случаях, в виде парабульбарных, реже субконъюнктивальных инъекций, а также, в 23 (76,7 %) случаях, системно в виде пульс-терапии. В 2 (6,7 %) случаях применялась лидаза 16 ЕД парабульбарно. В 13 (43,3 %) случаях вводился коллалазин 50 ЕД, в 8 случаях — субконъюнктивально, в 5 — парабульбарно. В 2 случаях, в связи с тяжестью процесса (гнойное расплавление роговицы с перфорацией и выпадением оболочек), в экстренном порядке проводилась эвисцирация. В 1 случае эвисцирация проводилась на 25-й день госпитализации, в связи с неэффективностью консервативного лечения.

Острота зрения при выписке в группе пациентов, которым проводилась ВЭ (8 человек), в 2 (25 %) случаях улучшилась на 0,3–0,4, в 2 (25 %) случаях — на 0,01–0,06, в 4 (50 %) случаях — осталась без изменений. У пациентов, которым ВЭ не проводилась (22 человека), острота зрения в 2 (9 %) случаях улучшилась на 0,25–0,4, в 4 (18,2 %) случаях — на 0,1–0,2, в 6 (27,3 %) случаях — на 0,005–0,08, в 7 (31,8 %) случаях — равнялась исходной, в 3 (13,6 %) случаях не удалось сохранить глаз как орган — проводилась эвисцирация.

#### **Выводы**

1. Частота встречаемости эндофтальмитов по данным Гомельского областного центра МХГ в 2013–2015 гг. составила 1,9 ‰, что соответствует литературным данным.

2. Применение современных хирургических вмешательств (ВРХ) в лечении эндофтальмитов позволило во всех случаях сохранить глаз как орган, в группе пациентов получавших лечение традиционными методами 3 (13,6 %) случая закончились эвисцирацией глазного яблока.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Сметанкин, И. Г.* Профилактика и лечение гнойного эндофтальмита: метод. пособие / И. Г. Сметанкин, И. Ю. Мазунин, Л. В. Коссовский. — Н. Новгород, 2010. — С. 3.
2. *Гундорова, Р. А.* Современные технологии лечения витреоретинальной патологии / Витрэктомия — метод современного лечения внутриглазной инфекции. Результаты и перспективы: сб. науч. ст. / Р. А. Гундорова, В. П. Быков. — М., 2009. — С. 35–36.
3. *Хахимов, А. М.* Эндофтальмит в хирургии катаракты / А. М. Хахимов // Офтальмохирургия. — 2008. — № 2. — С. 48–54.
4. *Peutun, G.* Endophthalmitis — diagnosis and management / P. Lee, D. V. Seal. — L.: Taylor & Francis, 2004. — P. 270.

**УДК 615.036.8**

## **ВОПРОС ДВОЙНОГО ИНГИБИТИРОВАНИЯ СИНТЕЗА И АБСОРБЦИИ ХОЛЕСТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ**

**Кирианкова М. А., Стягов В. Ю., Сериков А. Ю.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор,  
заведующий кафедрой фармакологии Г. С. Маль**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

#### **Введение**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к потере трудоспособности, снижению качества