

3,04 мм рт. ст. соответственно. При проведении профилактической ЛИ ВГД нормализовалось и оставалось в пределах нормы на 8 (100 %) глазах в раннем послеоперационном периоде и на 5 (62,5 %) глазах в отдаленном послеоперационном периоде. Среднее ВГД при этом составило  $22,25 \pm 1,9$  и  $20,87 \pm 2,59$  мм рт. ст. соответственно. Отсутствие стойкой компенсации ВГД ( $25,09 \pm 4,8$ ), несмотря на проводимую местную гипотензивную терапию, и прогрессирование заболевания (увеличение экскавации диска зрительного нерва и сужение полей зрения) после проведения ЛИ на 12 (25 % случаев) глазах: 9 глаз после проведения лечебной ЛИ и 3 глаза после проведения профилактической ЛИ, потребовало проведения субсклеральной синустрабекулэктомии с базальной иридотомией (СТЭ с БИ).

### **Выводы**

Лазерная иридотомия позволяет компенсировать ВГД и достигнуть стабилизацию глаукомного процесса при проведении ЛИ в 77,5 % случаев, при проведении профилактической ЛИ в 62,5 % случаев.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Национальное руководство по глаукоме (путеводитель) для поликлинических врачей / под ред. Е. А. Егорова, Ю. С. Астахова, А. Г. Шуко. — М., 2008.
2. *Ри Дуглас Дж.* Глаукома / Ри Дуглас Дж.; под ред. С. Э. Аветисова, В. П. Еричева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. *Абдулкадырова, М. Ж.* Отдаленные результаты лазерной иридотомии при первичной закрытоугольной глаукоме с функциональной блокадой камерного угла / М. Ж. Абдулкадырова // Глаукома. — 2004. — № 2. — С. 29–33.
4. *Завадский, П. Ч.* Томографическое исследование переднего сегмента глаза и определение показаний к периферической лазерной иридэктомии / П. Ч. Завадский, Т. А. Бирич // Офтальмология. Восточная Европа. — 2012. — № 1. — С. 21–31.
5. *Акопян, В. С.* Глаукома закрытого угла. Современная трактовка проблемы / В. С. Акопян // Поле зрения. — 2011. — № 5. — С. 24–25.
6. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

**УДК 617.7-001.4-053.2-083-98**

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОМЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА**

*Булахова А. Ю.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Повреждения глазного яблока и его вспомогательного аппарата в структуре детской глазной патологии составляют почти 10 %. Большинство повреждений глаз у детей носит характер микротравм (до 60 %), и тупых травм (до 30 %), на долю проникающих ранений приходится не более 2 %, ожогов около 8 % [1]. Травма глаза может стать причиной выраженного косметического дефекта и ограничить будущий профессиональный выбор. Травматическое повреждение органа зрения чаще происходит в молодом возрасте, особенно у мальчиков, а также в социально неблагополучных группах при снижении надзора со стороны родителей [2]. Наиболее тяжелыми как по течению, так и по исходам являются проникающие ранения. Раны при проникающих ранениях почти всегда инфицированы, поэтому в них может возникнуть воспалительный процесс и необратимые изменения.

### **Цель**

Анализ эффективности оказания экстренной помощи при проникающих ранениях глаза у детей.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ 24 случаев проникающих ранений глаза у детей, находившихся на лечении в детском отделении Гомельского центра микрохирургии глаза с 2011 по 2013 гг.

При анализе использовали следующие критерии: возраст, пол, место получения травмы, тип травмы, острота зрения, время поступления от момента травмы и наличие осложнения. За указанный период в детское отделение ГОСКБ поступило 117 детей с травмой органа зрения. Из них: 32 (27,3 %) госпитализированы с непроникающими ранениями; 59 (50,5 %) — контузиями; 24 (20,5 %) — проникающими ранениями; 2 (1,7 %) — ожогами.

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

При анализе травмы глаза была выявлена сезонность. Так, наибольшая доля травм была отмечена в осенний период — 11 (45,8 %), летний — 6 (25 %), зимний — 4 (16,7 %), а в весенний период количество травм было минимальным — 3 (12,5 %). Мальчиков было 22 (91,6 %), девочек — 2 (8,4 %). Жители сельской местности — 13 (54,2 %), города — 11 (45,8 %). В зависимости от возраста пациенты распределились следующим образом: 0–2 лет — 2 (8,3 %), 3–5 лет — 5 (20,9 %), 6–9 лет — 8 (33,3 %), 10–12 лет — 7 (29,2 %), 13–18 лет — 2 (8,3 %). Таким образом, детский травматизм глаза чаще встречается у детей в возрасте 6–12 лет — 15 (62,5 %). Бытовая травма — 22 (91,7 %), школьная — 2 (8,3 %). Обращение за экстренной помощью выглядит следующим образом: до 6 часов — 12 (50 %), с 6–12 часов — 4 (16,7 %), в течение первых суток — 8 (33,3 %). По локализации проникающие ранения распределились: роговичные — 15, склеральные — 3, лимбальные — 1, корнеосклеральной области — 1, роговично-лимбальной области — 4, склерально-лимбальной области — 2. В 2 случаях проникающее ранение сочеталось с наличием внутриглазного инородного тела, выпадение оболочек глаза отмечалось у 5 детей, из них в 4 случаях с потерей внутриглазной ткани; травматическая катаракта — 6, гемофтальм — 6, гифема — 3, отслойка сетчатки — 2, отслойка сосудистой оболочки — 1. В 3 случаях оперативное вмешательство не проводилось в связи с наличием адаптированной раны. В день госпитализации по экстренным показаниям 21-му ребенку проведено оперативное вмешательство, включающее: первичную хирургическую обработку раны роговицы, лимба, склеры — 21 ребенка, с одномоментной пластикой радужки — 4, факоаспирацией — 1, витрэктомией — 3, трансквитреальным удалением ВГИТ — 1, электрокоагуляцией сетчатки — 1, вымыванием гифемы — 1. В послеоперационном периоде всем детям проводилась противовоспалительная терапия и по показаниям гормональная. У 2 детей проникающее ранение осложнилось эндофтальмитом. В связи с наличием осложнений в 5 случаях потребовалось повторное оперативное вмешательство: удаление роговичных инородных тел — 1, лентэктомия — 1, витрэктомия — 1, тампонада витреальной полости газом — 2, факоаспирация — 1, витрэктомия — 2, удаление преретинальных шварт, ЗГМ — 1, эндолазеркоагуляция — 1, реадaptация роговичной раны — 1. Средний койко-день лечения составил 14,6. В результате проведенного лечения острота зрения улучшилась в среднем на 0,12. В отдаленном послеоперационном периоде, в сроке до 7 месяцев, из-за развития осложнений возникла необходимость проведения дополнительных оперативных вмешательств: удаление хрусталика с имплантацией ИОЛ — 2, дисцизия вторичной катаракты — 1, электрокоагуляция новообразованных сосудов в области роговичного рубца — 1. В результате лечения во всех случаях удалось сохранить глаз как орган, восстановить нормальное анатомическое положение его оболочек. В отдаленном послеоперационном периоде максимальная острота зрения 0,9–1,0 получена у 6 (25 %) детей, 0,4–0,8–4 (16,7 %), 0,2–0,3–4 (16,6 %), счет пальцев у лица 0,1–5 (20,8 %), светоощущение с правильной проекцией — 1 (4,2 %), в одном случае наступила полная потеря зрения.

#### **Выводы**

Наиболее часто встречаются травмы глаза у детей в возрасте от 6–12 лет — 15 (62,5 %) и преобладал бытовой травматизм. Своевременное обращение за экстренной офтальмологической помощью и оказание ее на современном уровне позволило во всех случаях сохранить глаз как орган и в 41,7 % получить остроту зрения  $> 0,4$ .

Для профилактики детского травматизма важным является проведение воспитательной работы с детьми по поведению на улице, в активных играх, отвлечение их от опасных игр с использованием ранимых предметов. Вторичная профилактика травмы глаза осуществляется организацией своевременной госпитализации больных и их комплексное лечение в специализированном офтальмологическом стационаре.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Аветисов, Э. С.* Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. — М.: Медицина, 1987. — 496.
2. *Тейлор, Д.* Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт; перл. с англ. — М.: Бином, 2007. — 248 с.

УДК 616.98:578.828.6

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

*Буринский Н. В.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Буйневич*

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

#### *Введение*

Стремительный рост количества пациентов с коинфекцией туберкулеза и ВИЧ является одной из главных проблем современной эпидемии туберкулеза в Беларуси. В связи с этим все большее внимание фтизиатров привлекает изучение патоморфоза туберкулеза, развившегося на фоне ВИЧ-инфекции.

#### *Материалы и методы*

Проанализированы истории болезни и материалы патолого-анатомического исследования 116 человек, умерших от туберкулеза в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в 2010–2011 гг. Были созданы 2 группы. Основную группу (ОГ) составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (52 человека). В контрольную группу (КГ) были включены ВИЧ-отрицательные больные туберкулезом (64 человека). Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 6.0. Для сравнения средних величин 2 групп использовался критерий Стьюдента (t-критерий) и  $\chi^2$ .

#### *Результаты исследования*

Средний возраст пациентов в ОГ и КГ составил  $37,9 \pm 9,2$  лет и  $50,7 \pm 9,5$  лет соответственно ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2 = 49,9$ ). Анализируя возрастную структуру, установлено, что в КГ преобладали лица в возрасте 41–60 лет, а в ОГ — 26–45 лет. Стаж заболевания туберкулезом составил  $8,0 \pm 4,7$  у ВИЧ-негативных пациентов и  $1,8 \pm 1,1$  лет у пациентов ВИЧ-инфицированных ( $p < 0,001$ ). Таким образом, у ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается более быстрое течение туберкулеза в более молодом возрасте. По данным литературы, от заражения ВИЧ до развития туберкулеза проходит 7–10 лет. По нашим наблюдениям стаж ВИЧ-инфицирования у умерших от туберкулеза составил  $7,9 \pm 4,7$  лет.

Среди умерших от туберкулеза в обеих группах преобладали мужчины (в КГ — 81 %; в ОГ — 73 %). При этом межгрупповые различия недостоверны ( $\chi^2 = 1,1$ ;  $p = 0,3$ ).

При изучении материалов патологоанатомического исследования установлено, что причиной смерти у 48 (92,3 %) пациентов ОГ явилось развитие генерализованных форм туберкулеза с множественным поражением внутренних органов. В то время как у пациентов КГ (ВИЧ-негативные) генерализация туберкулеза наблюдалась только в 18 (28,1 %) случаях. При том,  $p = 0,001$ ,  $\chi^2 = 36,4$ .