

тальмоскопии глазного дна у детей с РН офтальмоскопируется следующее: 1–2 ст. — формирующаяся демаркационная линия между васкуляризированной и не васкуляризированной сетчаткой; 2–3 ст. — неоваскуляризация сетчатки в наружных отделах в виде щеточек и ретинальных гребней; 3–4 ст. — наличие фиброзных тяжей с начальными признаками отслойки сетчатки; 5 ст. — «V»-образная отслойка сетчатки. Всем пациентам была проведена микрохирургическая операция с применением оптических систем: «Транспупиллярная барражирующая лазеркоагуляция сетчатки по всему периметру при РН».

#### **Результаты и обсуждение**

При проведении транспупиллярной барражирующей лазеркоагуляции сетчатки по всему периметру результаты следующие: у всех новорожденных с 1–3 ст. РН в результате проводимого лечения удалось добиться стабилизации процесса (на аваскулярной сетчатке сохраняются постлазеркоагуляционные рубцы), у новорожденных с 4-й ст. РН, не взирая на проводимое лечение добиться стабилизации процесса не удалось, 9 (42,9 %) пациентам, преимущественно с 3-й стадией ретинопатии недоношенных, несмотря на проведенное лечение, понадобилась повторная лазеркоагуляция, в связи с отрицательной динамикой («взрывание» лазеркоагулятов, увеличение фиброваскулярной пролиферации).

#### **Выводы**

1. Эффективность лечения РН зависит от ранней диагностики заболевания.
2. Лазеркоагуляция сетчатки, проведенная в 1–2 стадии РН, приводит к стабилизации процесса.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Копаева, В. Г.* Глазные болезни / В. Г. Копаева. — М.: Медицина, 2002. — С. 335–337.
2. Анализ состояния сосудов сетчатки в прогнозировании течения ретинопатии недоношенных / А. В. Терещенко [и др.] // Офтальмохирургия. — 2006. — № 3. — С. 37–40.
3. Факторы, влияющие на эффективность профилактической коагуляции сетчатки при активной ретинопатии недоношенных / Л. А. Катаргина [и др.] // Российская педиатрическая офтальмология. — 2007. — № 1. — С. 25–27.

УДК 616-022.376-085

## **ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ACINETOBACTER**

*Полонская И. О.*

**Научный руководитель: ассистент О. Л. Палковский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одной из основных проблем каждого стационара являются нозокомиальные инфекции. Ежегодно в Республике Беларусь регистрируется 261–1500 случаев заболевания нозокомиальными инфекциями. Микроорганизмы рода *Acinetobacter* вызывают, по разным источникам, от 1 до 16,3 % всех нозокомиальных инфекций, главным образом, в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Основную опасность несет в себе высокая резистентность данных микроорганизмов к антибиотикам, что затрудняет подбор адекватной антибиотикотерапии, и, как следствие, ведет к все большему росту внутрибольничных инфекций, вызванных данным возбудителем.

#### **Цель**

Проанализировать резистентность микроорганизма *Acinetobacter spp.*, выявленного в отделении реанимации и интенсивной терапии УЗГОКБ в период с 1.06.2013 по 1.01.2014 гг., к основным антибиотикам.

#### **Материалы и методы исследования**

Данные анализа резистентности возбудителя, проведенного сотрудниками КДЛ У «ГОКБ» с помощью специализированного программного пакета (WHONET 5).

### Результаты исследования и их обсуждение

Согласно данным анализа резистентности возбудителя, проведенного сотрудниками КДЛ У «ГОКБ» с помощью специализированного программного пакета (WHONET 5), было произведено исследование.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Данные анализа антибиотикорезистентности микроорганизма *Acinetobacter spp.*

Вид бактерий	Ампициллин-сульбактам		Ципрофлоксацин		Амикацин		Цефтазидим		Цефоперазон		Цефепим		Имипенем		Меропенем	
	%R	n	%R	n	%R	n	%R	n	%R	n	%R	n	%R	n	%R	n
<i>Acinetobacter spp.</i>	25	108	85	115	76	114	100	112	0	57	98	114	43	114	92	66

Примечание. n-количество исследований

### Выводы

1. Антибиотиками выбора для лечения инфекций, вызванных микроорганизмом *Acinetobacter spp.*, являются: цефоперазон/сульбактам, ампициллин/сульбактам, имипенем

2. Низкой эффективностью в отношении *Acinetobacter spp.* по результатам исследования обладают: цефтазидим, цефепим, меропенем, ципрофлоксацин, амикацин.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Горбич, Ю. Л. Инфекции, вызванные *Acinetobacter baumannii*: факторы риска, диагностика, лечение, подходы к профилактике / Ю. Л. Горбич, И. А. Карпов, О. И. Кречикова // Медицинские новости. — 2011. — № 5. — С. 31–39.

2. Карбапенемрезистентные штаммы синегнойной палочки — продуценты метало-бета-лактамаз: распространение в различных регионах Беларуси / Д. В. Тапальский [и др.] // Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. науч. тр. — Минск: РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, 2010. — Вып. 3. — С. 658–662.

3. Шевченко, О. В. Металло-β-лактамазы: значение и методы выявления у грамотрицательных неферментирующих бактерий / О. В. Шевченко, М. В. Эйдельштейн, М. Н. Степанова // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2007. — Т. 9, № 3. — С. 211–218.

УДК 616.521:579

### МИКРОБНАЯ ЭКЗЕМА: ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО СООБЩЕСТВА АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПРИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЕ

Полын И. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

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

### Введение

Экзема повсеместно встречающееся, чаще острое, реже хронически рецидивирующее кожное заболевание, встречающееся в любом возрасте, характеризующееся полиморфизмом морфологических элементов сыпи. Возникновению экземы способствуют разнообразные причины как внешние (механические, химические, термические), так и внутренние (заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной систем), также генетическая отягощенность и иммунная недостаточность. Микробная экзема имеет вторичный характер и возникает вследствие сенсibilизации кожи к различным микробным факторам (кокковая флора, грибы, дрожжевые микроорганизмы). Изменение чувствительности кожи к пиококкам, дерматофитам и другим биологическим аллергенам объясняется их антигенными свойствами. Наличие сенсibilизации к стрепто- и стафилококкам у больных микробной экземой подтверждается повышенными титрами стрепто- и стафилокиназы, стрептолизина и стафилолизина, положительными кожными тестами со специфическими антигенами [1, 2].

### Цель

Изучить особенности микробного пейзажа в очагах кожных проявлений микробной