

Результаты исследования

По данным частотного анализа оказалось, что лидерами по частоте применения у исследованных пациентов стали антибиотики цефалоспорины. Наиболее часто применялся препарат 3 поколения цефотаксим, который был назначен практически половине больных (46,6 %). Реже использовался цефтриаксон (в 23,3 % случаев) и цефазолин (в 10 %). Цефепим, относящийся к средствам 4 поколения был назначен только одному пациенту (таблица 1).

Таблица 1 — Частотный анализ противомикробной терапии при экстренной интраабдоминальной патологии

Торговое наименование, лекарственная форма	Общее количество назначений	% от общего количества назна-
1. Цефотаксим 1 г пор для приг р-ра д/в/в и в/м введ. фл. № 1	14	46,6
2. Цефтриаксон 1 г пор для приг р-ра д/в/в и в/м введ. фл. № 1	7	23,3
3. Цефазолин 1 г пор для приг р-ра д/в/в и в/м введ. № 1	3	10
4. Метрогил 5 мг р-р д/инф. 100 мл	3	10
5. Амикацин 500 мг лиоф. пор. в/м № 1	3	10
6. Ципрофлоксацин 2 мг/мл р-р д/инф фл. 100 мл № 1	2	6,6
7. Метронидазол 250 мг таб. № 10	2	6,6
8. Цефепим натр. соль 1г. пор д/ин. фл. № 1	1	3,3

Среди препаратов других групп использовались аминогликозиды (амикацин в 10 % случаев), а также синтетические противомикробные средства: метронидазол (в 16,6 % случаев) и ципрофлоксацин (у 2-х пациентов).

Таким образом, при изученной патологии применялись препараты, рекомендованные в настоящее время [Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии, 2007]. Среди препаратов лидеров отсутствовали амоксициллин/клавуланат и ампициллин/сульбактам, что вероятно связано с их высокой стоимостью.

Противомикробная терапия интраабдоминальных инфекций (острого аппендицита, калькулезного холецистита) в отделении экстренной хирургии Пензенской областной клинической больницы является рациональной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-экономический анализ / П. А. Воробьев [и др.]. — 3-е изд., доп., с приложениями. — М.: НЬЮДИАМЕД, 2008. — 778 с.
2. Григорян, Р. А. Абдоминальная хирургия: в 2 т. / Р. А. Григорян. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2006. — Т. 1. — 608 с.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. — Смоленск: МАКМАХ, 2007. — 464 с.
4. Русаков, В. И. Острые хирургические болезни живота / В. И. Русаков. — М.: Март, 2004. — 95 с.

УДК 617.7-003.6-002.1-08(476.2)

НЕУДАЛЕННЫЕ ВНУТРИГЛАЗНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА

Марушко А. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проникающие ранения глазного яблока с внедрением внутриглазного инородного тела (ВИТ) в заднем его отделе сами по себе относятся к тяжелому виду повреждений,

нередко приводящих к инвалидности, тем более при развитии металлоза в случае несвоевременной диагностики ВИТ и развития отслойки сетчатки (ОС) [1]. По данным литературы, частота внедрения магнитных инородных тел во внутренние оболочки глаза при травме составляет 85–90 % всех внутриглазных осколков. Размеры инородных тел различны, но среди них преобладают мелкие осколки. При длительном пребывании химически активного инородного тела в оболочках и жидкостях глазного яблока возникает комплекс однотипных дистрофических изменений, обусловленных токсическим влиянием металла, входящего в состав внутриглазного инородного тела или продуктов его коррозии — с развитием металлоза. Наличие данных изменений имеет решающее значение при определении тактики лечения последствий такого рода травм глаза [2]. Основной путь патологических изменений в витреальной полости — развитие фиброваскулярной пролиферации по ходу раневого канала, что приводит к уплотнению стекловидного тела с формированием тракционного компонента. В хирургической реабилитации данного контингента пациентов ключевая роль принадлежит витреоретинальной хирургии с использованием современных технологий [3].

Цель

Проанализировать осложнения, развивающиеся в глазах с не удаленными металлическими инородными телами и тактику ведения данных пациентов.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно изучены амбулаторные и стационарные карты 28 пациентов (28 глаз), находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в 2009–2012 гг. с диагнозом: «последствие проникающего ранения, внутриглазное инородное тело», в возрасте от 22 до 63 лет. Средний возраст — $41,7 \pm 6,7$ лет. Продолжительность нахождения в глазу инородного тела в одном случае 11 % составила 3 дня, у 12–43 % пациентов — 7–10 дней, у 2 (7 %) человек — до 1 месяца, у 4 (14 %) человек составила 1 месяц, у 2 (7 %) пациентов — осколок находился в глазу 4 месяца и у 6 (3,6 %) человек — от 1 года до 28 лет.

Дизайн офтальмологического исследования включал: визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна с фундус-линзой, периметрию, МРТ и УЗ сканирование, в некоторых случаях применялась повторная рентгенография.

Методика оперативного вмешательства включала тотальную витрэктомию с попыткой интраокулярного удаления инородного тела, введением ПФОС с последующей заменой его на силиконовое масло (по показаниям), удалением эпиретинальных мембран, эндолазеркоагуляцией в сочетании с экстрасклеральной (цирклиж) хирургией по показаниям.

Результаты исследования

Локализация инородных тел проведена на догоспитальном этапе рентгенографическим методом и ультразвуковым сканированием. В результате проведенного исследования, инородные тела, вколоченные в сетчатку диагностированы у 17 (61 %) пациентов, в стекловидном теле — у 8, что составило 28 %, от общего числа инородных тел, в склере у 2 (7 %) пациентов, у 1 (3,6 %) пациента — локализация в плоской части цилиарного тела. В отделение микрохирургии глаза пациенты госпитализированы после первичного лечения и обращения в другие клиники РБ. Из 28 пациентов ПХО с попыткой удаления инородного тела проведена у 6 пациентов. Для удаления инородных тел использовался метод диасклерального удаления с применением магнита. В 14 (50 %) случаях из-за отсутствия возможности проведения высокотехнологичных диагностических оперативных методов оперативное вмешательство отсрочено и пациенты направлены для лечения в нашу клинику. При обследовании на догоспитальном этапе в группе пациентов выявлены осложнения, связанные с нахождением инородного тела в глазу: гемофтальм — у 16 (57 %) пациентов, отслойка сетчатки — у 12 (43 %) пациентов, сочетание гемофтальма и отслойки сетчатки наблюдалось у 8 пациентов, посттравматиче-

ская катаракта — у 11(40 %), деструкция стекловидного тела — у 11 (40 %), изменение цвета радужки и дистрофия радужки — у 13 (46 %), что при биомикроскопии является важным диагностическим критерием для подтверждения развития металлоза в тканях глаза, у одного пациента отмечался вялотекущий увеит, в одном случае эндофтальмит. Проведенная витреоретинальная хирургия позволила удалить внутриглазные инородные тела у 14 пациентов, т. е. 50 % операций закончились удалением инородных тел. В 3 случаях не удалось удалить инородное тело во время проведения ВРХ в нашем отделении, остальным 6 пациентам инородные тела были удалены диасклеральным методом с применением магнита на этапе ПХО раны. В послеоперационном периоде все пациенты получали противовоспалительную терапию, направленную на профилактику развития в послеоперационном периоде увеита, эндофтальмита, симпатической офтальмии и др. осложнений. В результате проводимого комплексного лечения, включающего ВРХ и противовоспалительную терапию осложнения развились у 2 пациентов (7%): 1 случай угрозы экспульсивной геморрагии на этапе удаления ПФОС по поводу хирургического лечения отслойки сетчатки, у 1 пациента развился эндофтальмит

Выводы

1. Проникающие ранения с наличием внутриглазных инородных тел по нашим наблюдениям в 57 % сопровождаются тотальным гемофтальмом и в 43 % случаев отслойкой сетчатки. Наличие внутриглазных инородных тел требует высокотехнологичных методов оперативного вмешательства — ВРХ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витреоретинальная хирургия отслойки сетчатки на глазу с металлозом вследствие вовремя недиагностированного внутриглазного инородного тела, расположенного в заднем сегменте глаза / Н. М. Самохвалова [и др.] // ГУ РНПЦ «Радиационной медицины и экологии человека»/«Современные технологии лечения витреоретинальной патологии»; под ред. Х. П. Тахчиди, IX научно-практическая конференция с международным участием. — М., 2011.
2. Амбарцумян, А. Р. Роль ультразвуковой биомикроскопии в диагностике офтальмосидероза / А. Р. Амбарцумян / ГУ «НИИ глазных болезней РАМН» Журнал российская офтальмология Восток — Запад /раздел «Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические операции». — 2011.
3. Поченко, И. В. Наш опыт витреоретинальной хирургии проникающих ранений с наличием внутриглазного инородного тела / И. В. Поченко, Ю. Л. Белькевич, Н. М. Самохвалова / ГУ РНПЦ «Радиационной медицины и экологии человека»/«Современные технологии лечения витреоретинальной патологии», под редакцией Х. П. Тахчиди, IX науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 2011.

УДК 616.972:316

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИСОМ

Матюшенко Е. А., Зборовский В. Ю., Полын И. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

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

Введение

Сифилис — хроническая венерическая болезнь, вызываемая бледной трепонемой. Очаги специфического воспаления при сифилисе могут образовываться во всех органах и тканях. Сифилису свойственно многолетнее течение с периодическими ремиссиями (латентная стадия) и обострениями, постепенным возрастанием тяжести поражения. Выделяют приобретенный и врожденный сифилис.

Сифилис является классическим и наиболее массовым представителем инфекций передающихся половым путем. Он отражает сложившуюся эпидемическую ситуацию по инфекциям передаваемым половым путем и социально-экономическое состояние населения Гомельской области. Вспышки заболеваемости регистрируются через 25–30 лет.