

результатом повреждения митохондрии, но ее развитие приводит к таким изменениям в функционировании митохондрий, что они становятся маркерами заболеваний.

Цитоплазматическая наследственность, в отличие от ядерной, не подчиняется законам Менделя. Это связано с тем, что у высших животных и человека гаметы от разных полов содержат разное количество митохондрий. У человека митохондриальные болезни нередко наследуются цитоплазматически по материнской линии через яйцеклетки и могут проявляться в самом разном возрасте — от младенчества, до старости [2, 3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Iborra, F. J. The functional organization of mitochondrial genomes in human cells / F. J. Iborra, H. Kimura, P. R. Cook // BMC Biol. — 2004. — Vol. 2. — P. 9-689.
2. Янковский, Н. К. Наша история, записанная в ДНК / Н. К. Янковский, С. А. Боринская // Природа. — 2001. — № 6. — С. 10–18.
3. Минченко, А. Г. Митохондриальный геном / А. Г. Минченко, Н. А. Дударева. — Новосибирск, 1990.

УДК 616-073.756.8:615.849.19

ОСТ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЛАЗЕРНОМ ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ

Сидоренко О. Э.

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

Учреждение образования

Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Макулярные разрывы (МР) сетчатки встречаются относительно редко — 3,3 на 10 тыс. населения, а у людей старше 60 лет — в 10 раз чаще. Впервые МР был описан Кнапп в 1869 г. и до настоящего времени нет единого взгляда на патогенез данной патологии. Анатомическое строение макулярной области предрасполагает к развитию разрыва: толщина сетчатки в фовеа минимальная, составляет 150 мкм, а связь сетчатки и кортикального стекловидного тела, напротив, очень прочная. Воздействие тангенциальных тракций со стороны стекловидного тела в настоящее время считают одной из основных причин формирования идиопатических МР [1].

Нет единого мнения и о тактике ведения таких пациентов. Лечение макулярных отверстий с использованием трансклиарной витрэктомии, впервые описанное Kelly и Wendell в 1991 г., [1] получило широкое распространение в последнее время, однако частота закрытия отверстий после хирургических вмешательств составляет 55–90 % [3].

Транспупиллярная лазеркоагуляция для профилактики отслойки сетчатки при макулярных разрывах активнее использовалась в 70–80 гг. прошлого столетия. Однако она не направлена на повышение остроты зрения, а по данным S. Schoket с соавт. в 16,6 % даже ухудшает ее. Поскольку риск отслойки сетчатки при МР составляет 5–10 %, проведение барьерной лазеркоагуляции также оспаривается.

Исследование витреоретинального интерфейса с помощью ОКТ у пациентов с центральными разрывами сетчатки имеет большое значение для уточнения стадии разрыва отверстия, прогноза, дифференциальной диагностики, определения показаний и контроля эффективности лечения, наличия витреомакулярной тракции, а также позволяет оценить вероятность развития аналогичного патологического процесса на парном глазу [2].

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 89 пациентов, наблюдавшихся в лазерном кабинете ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в 2009–2011 гг. по поводу макулярного разрыва. Из них лазерная хирургия МР была проведена у 29 человек.

Дизайн обследования: визометрия, автокераторефрактометрия, пневмотонометрия, биомикроофтальмоскопия, фундусскопия, оптическая когерентная томография на аппарате Stratus OCT 3000 фирмы Carl Zeiss.

Результаты исследования и их обсуждение

Лазерное лечение заболевания было проведено в 29 случаях, из них в шести после витреоретинальной хирургии макулярного разрыва. По данным OCT макулярной зоны дооперационный диаметр макулярного разрыва составил в среднем $757,3 \pm 327,7$ мкм, min — 174 мкм, max — 1800 мкм. В 19 случаях диаметр разрыва превышал 400 мкм. Макулярный разрыв на парном глазу был выявлен у 3 больных.

В 6 случаях в связи с отсутствием эффекта от витреоретинальной хирургии пришлось прибегнуть к лазерному лечению. Средний возраст пациентов этой группы составил $52,83 \pm 10,89$ лет; диаметр макулярного отверстия до лазерной хирургии варьировал от 281 до 1471 мкм, в среднем $664,3 \pm 364,4$ мкм. Центральный разрыв у них отягощался травматической отслойкой сетчатки в 2-х случаях, влажной формой ВМД в одном и сопутствующей фокальной отслойкой сетчатки у троих человек.

Среди остальных 23 пациентов фокальная ОС выявлена еще в 1 случае. Дооперационный диаметр макулярного разрыва в данной группе составил в среднем $357,7 \pm 97,01$ мкм, min — 187 мкм, max — 648 мкм.

Сравнительный анализ до- и послеоперационных данных OCT макулярной зоны был проведен в 11 случаях. Группа включала 8 женщин и 3 мужчины в возрасте от 55 до 75 лет.

Для оценки динамики патологического состояния оценивались следующие показатели ОКТ: толщина сетчатки фовеальной области, общий объем сетчатки макулярной области, расхождение краев разрыва, а также проводилась оценка архитектоники сетчатой оболочки, наличие тракционных компонентов, также обследовались парные глаза. Результаты анализа приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценки динамики патологического состояния

Дооперационные данные	Срок наблюдения после лазерной хирургии			
	1,5 месяца	4,5 месяца	8 месяцев и более	
Показатели OCT заднего отрезка лазероперированных глаз				
Толщина сетчатки фовеальной области (мкм):				
— ср. знач.	$337,2 \pm 84,9$	$381,0 \pm 98,9$	$271,8 \pm 19,1$	$279,8 \pm 46,48$
— max	608	663	310	396
— min	187	262	255	215
Общий объем сетчатки макулярной области (мм ³):				
— ср. знач.	$8,38 \pm 1,61$	$8,63 \pm 2,08$	$7,192 \pm 0,448$	$7,077 \pm 0,617$
— max	14,36	13,6	7,94	8,23
— min	6,05	6,27	6,69	5,99
Расхождение краев разрыва (мкм):				
— ср. знач.	$690,7 \pm 174,5$	$759,0 \pm 304,3$	$794,3 \pm 84,75$	$1110,5 \pm 436,3$
— max	1190	1285	898	1983
— min	174	224	699	698
Показатели OCT заднего отрезка парных глаз				
Толщина сетчатки фовеальной области (мкм):				
— ср. знач.	$200,76 \pm 48,37$	$206,43 \pm 61,76$	$171,8 \pm 11,38$	$186,3 \pm 17,75$
— max	404	367	189	209
— min	157	143	149	167
Общий объем сетчатки макулярной области (мм ³):				
— ср. знач.	$6,45 \pm 0,74$	$6,56 \pm 0,6$	$6,53 \pm 0,38$	$6,28 \pm 0,6$
— max	7,70	7,48	7,00	7,09
— min	4,89	5,85	6,14	5,31

В большинстве случаев патологические изменения архитектоники сетчатой оболочки при макулярном разрыве включали кистозную дегенерацию средних слоев сетчатки и краев разрыва, истончение и очаговую деструкцию пигментного эпителия.

Вывод

Использование методики ОСТ позволяет определить размеры макулярного разрыва и наблюдать в динамике за формированием процесса рубцевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лыскин, П. В. Патогенез и лечение идиопатических макулярных разрывов. Эволюция вопроса / П. В. Лыскин, В. Д. Захаров, О. Л. Лозинская // Офтальмохирургия. — 2010. — № 3. — С. 52–55.
2. Родин, А. С. Биомикроретинометрия / А. С. Родин. — М.: Памятники исторической мысли, 2006. — 96 с.
3. Выбор способа интраоперационного закрытия идиопатического макулярного разрыва большого диаметра / М. М. Бикбодров [и др.] // Офтальмохирургия. — 2010. — № 1. — С. 25–29.

УДК 616.98:576.851.232] – 02 – 08

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сидоров В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь (РБ) ежегодно регистрируется около 300 только генерализованных форм. Подавляющее число заболевших составляют дети до 14 лет — около 70 %, причем до 2-х лет — 40–50 %. Таким образом, именно дети первых 2-х лет жизни являются наиболее уязвимым контингентом по заболеванию генерализованными формами менингококковой инфекции (МИ).

В РБ уровень летальности от различных форм генерализованной МИ составляет в зависимости от региона от 7,2 до 18,8 %, т. е. в среднем те же 9–10 %. Ни одной стране мира до настоящего времени радикально снизить данный показатель на сколько-нибудь продолжительный период не удалось. Так в Австралии при достаточной длительности наблюдения он составляет 8,6 %, в США 10–13 %, в странах Скандинавии — 8,6 %, в Англии при смешанной форме МИ — 11 %, при менингококкемии без менингита — даже 19 %.

Таким образом, снижение числа умерших от МИ — это, в первую очередь, защита детей первых 2-х лет жизни. Вторая по значимости группа риска — подростки 15–19 лет.

Наиболее опасной формой МИ является молниеносная менингококкемия. Течение заболевания имеет настолько катастрофический характер, что с самого начала терапия нередко является бесперспективной, летальность составляет более 80 %, а, по мнению ряда исследователей, даже близка к 100 %.

В текущем году наблюдается снижение заболеваемости менингококковой инфекцией во всех регионах республики. Наиболее высокие уровни заболеваемости менингококковой инфекцией зарегистрированы в Гомельской (1,58 на 100 тыс. населения) и Могилевской (1,52) областях. В РБ за 11 месяцев 2011 г. зарегистрировано 106 случаев заболеваемости менингококковой инфекцией, в том числе в Гомельской области 24 случая, из которых 4 случая закончились смертельным исходом.

Цель исследования

Было изучить клинические особенности и терапию на догоспитальном этапе летальных исходов менингококковой инфекции в ГОКИБ на протяжении периода с 2004 по 2009 гг.