

полностью восстановился в течение 7 дней.

Пациенту выполнена люмбальная пункция 17.07.12 (при поступлении в ГОИКБ), получен прозрачный бесцветный ликвор с общим цитозом 540 клеток (95 % лимфоциты, 5% нейтрофилы). Белок -1,38 г/л, глюкоза -2,0. Повторная пункция 2,08,12, получен бесцветный, прозрачный ликвор, цитоз 46 клеток (92% лимфоциты, 8 % нейтрофилы), белок 0,66 г/л, глюкоза 3,7 ммоль/л.

ОАК 17.07.12: лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$, эритроциты $5,12 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 151 г/л, тромбоциты $199 \cdot 10^9$, СОЭ 4 мм/час. Лейкоцитарная формула: сегментоядерные нейтрофилы 56%, эозинофилы 2%, лимфоциты 37 %, моноциты 5%.

ОАМ, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, биохимический анализ крови в пределах нормы.

ИФА крови 18.07.12 (2 неделя заболевания) выявлены Ig M к возбудителю Лайм-боррелиоза.

Пациент получал следующее лечение: цефтриаксон 2,0 г*2 раза в день внутримышечно (24 дня), дезинтоксикационная и десенсебилизирующая терапия, витаминотерапия – витамины группы B1 и B6, с противовоспалительной целью получал дексаметазон 16 мг в сутки коротким курсом с постепенной отменой. В результате проведенного комплексного лечения состояние пациента при выписке отмечается как удовлетворительное, жалоб нет, последствий после перенесенного заболевания нет. Функция лицевого нерва полностью восстановилась.

Выводы. Данный клинический случай показателен тем, что на фоне еще не исчезнувшей эритемы (была у пациента в течение 3-4 недель) появились типичные признаки поражения центральной и периферической нервной системы. Отсутствие должного внимания к эпидемиологическому анамнезу пациента привели к затянувшейся первичной диагностике заболевания. Но комплексное лечение (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое) помогли полностью восстановить здоровье пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Girschick, H.J., H. Morbach, and D. Tappe. Treatment of Lyme borreliosis / H.J.Girschick // Arthritis Res Ther. - 2009. -11(6). - P. 258.
2. Mygland, A., et al. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis / A. Mygland // Eur J Neurol. - 2010. - 17(1) - P. 8-16.
3. Flisiak, R., et al., Diagnostics and treatment of Lyme borreliosis. Recommendations of Polish Society of Epidemiology and Infectious Diseases / R. Flisiak // Przegl Epidemiol. - 2008. - 62(1). - P.193-9.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

¹Солодовникова Н.Г., ¹Ильина С.Н., ¹Кринец Ж.М., ²Карпович Н.В.,
²Логош С.М.

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная клиническая больница

Актуальность. В настоящее время число людей, страдающих глаукомой, возросло в мире до 105 млн. человек, из них 9,1 млн. имеют

билатеральную слепоту. При диспансерном наблюдении пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) самым распространенным методом лечения продолжает оставаться консервативный. Критерием успешности в первую очередь является нормализация внутриглазного давления (ВГД) до толерантного уровня. Практика показывает, что при отсутствии компенсации ВГД при проведении консервативной терапии, на хирургическое лечение пациенты направляются чаще в далекозашедшей стадии, что предопределяет неблагоприятный прогноз для зрительных функций и качества жизни.

Цель. Сравнительный анализ результатов гипотензивной терапии первичной открытоугольной глаукомы при консервативном и хирургическом методах лечения.

Методы исследования. Проанализированы результаты лечения 78 пациентов с ПОУГ, находившихся на лечении в микрохирургии глаза ГОКБ и состоящих на диспансерном учете в поликлинике. Пациенты были разделены на 2 группы: 1) получавшая консервативное лечение – 31 глаз (40%). 2) получавшая хирургическое лечение – 47 глаз (60%). Средний возраст пациентов составил 67,5 лет. Распределение по гендерному признаку – 28 (36%) женщин и 50 (64%) мужчин. Всем пациентам было проведено полное офтальмологическое обследование, которое включало визометрию, периметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, исследование гидродинамических параметров, тонометрию, оптическую когерентную томографию зрительного нерва и слоя нервных волокон.

Результаты. На диспансерном учете в поликлинике по стадиям ПОУГ пациенты распределились следующим образом: 1-ая стадия – 12(15%), 2-я – 36(47%), 3-я – 22(28%), 4-я – 8(10%).

Сроки диспансерного учёта пациентов: до 3 лет – 15 (19%), до 6 лет – 15(19%), до 9 лет – 23(29%), 10-12 лет – 12(16%), 13 и более лет – 13(17%).

На момент выявления глаукомы ВГД у пациентов обеих групп составило: а. до 27 мм рт. ст. – 58глаз (74%), б. 28-32 мм рт. ст. – 14 глаз (18%), в. 33 и более – 6 глаз (8%).

Консервативная терапия включала: бета - блокаторы – 6 глаз (21%), простагландины – 7(22%), ингибиторы карбоангидразы- 4(13%) комбинированное лечение – 14 глаз (44%).

На консервативной терапии ВГД: а. до 27 мм рт. ст. – 23глаза (75%) б. 28-32 мм рт. ст. – 7 (21%), в. 33 и более мм рт. ст. – 1 глаз (4%). Компенсация ВГД до среднего толерантного давления 20 мм рт. ст. выявлена на 19 глазах (62%).

В хирургической группе стадии ПОУГ были следующими: 1-ая стадия заболевания – 5глаз (7%), 2-я - 14(28%), 3-я - 19(41%), 4-я - 9 глаз (20%).

До операции ВГД: а. до 27 мм рт. ст. – 6 глаз (13%); б. 27-32 мм рт. ст. – 14 глаз (30%); в. 33 мм рт. ст. и более – 27 глаз (57%).

В раннем послеоперационном периоде ВГД составило: а. до 27 мм рт. ст. – 46 глаз (98%); б. 28 – 32 мм рт. ст. – 1 глаз (2%); в. 33 мм рт. ст. и более – нет.

В послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения как цилиохориоидальная отслойка в 2% случаев, которая потребовала повторного хирургического лечения, мелкая передняя камера - 5% случаев, гифема – 9%.

Острота зрения при первичном обращении и постановке на диспансерный учет по поводу ПОУГ: 1,0-0,7 – 31 глаз (40%), 0,6-0,3 – 19 глаз (24%), 0,2-0,01 – 24 глаза (31%), светопроекция-0 (ноль) – 4 глаза (5%).

Острота зрения на момент исследования: 1,0-0,7 – 18 глаз (24%), 0,6-0,3 – 22 глаза (27%), 0,2-0,01 – 33 глаза (42%), светопроекция-0 (ноль) – 5 глаз (7%).

Выводы.

1. Хирургическое лечение привело к снижению ВГД в 98% случаев в раннем послеоперационном периоде.

2. При консервативной терапии компенсация ВГД отсутствует у 30% пациентов, что привело к ухудшению зрительных функций, переходу ПОУГ из начальной стадии в развитую и далекозашедшую.

3. На хирургическое лечение в 61% случаев были направлены пациенты в далекозашедшей и терминальной стадии глаукомы, что предопределяет негативный клинический прогноз.

4. При отсутствии эффекта при проведении консервативной терапии необходимо в более ранние сроки направлять пациентов на лазерное и хирургическое лечение глаукомы, что позволит сохранить зрительные функции и улучшить качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либман, Е.С. Инвалидность вследствие глаукомы в России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова, Е.А. Чумаева, Я.Э. Елышна // Глаукома: проблемы и решения: сб. науч. ст. – М., 2004. – С. 430-432.

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ (СОЭ, СРБ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Сорокопыт З.В., Кирикович Т.А., Божко Д.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В современной медицине в качестве маркеров воспалительного процесса и контроля за эффективностью лечения широко используют определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и уровень С-реактивного белка (СРБ). В отличие от теста СОЭ как неспецифического показателя остроты процесса, СРБ является более лабильным и, следовательно, более удобным показателем для клинического мониторинга. Кроме того, уровень СРБ в отличие от СОЭ не зависит от пола, времени суток, количества и морфологии эритроцитов, белкового состава плазмы. Существует корреляция между повышением СОЭ и СРБ, однако С-реактивный белок появляется и исчезает раньше, чем изменяется СОЭ [1].

Цель исследования: анализ показателей СОЭ и СРБ у пациентов детского возраста с почечной патологией.

Методы исследования. Проведен анализ 87 историй болезни па-