

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-

циентов, находившихся на лечении в 5-м педиатрическом отделении (нефро-урологический профиль) Гродненской областной детской клинической больницы.

Результаты и их обсуждение. Нозологические формы заболеваний, по поводу которых госпитализированы дети, были представлены следующей патологией мочевой системы: пиелонефрит (ПН) – 27 (31%), в том числе мальчиков – 4, девочек – 23, гломерулонефрит (ГН) – 5 (6%), мальчиков – 4, девочек – 1, нефропатии (НП) – 17 (19%), мальчиков – 10, девочек – 7, инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – 39 (44%), мальчиков – 7, девочек – 32. Девочек среди обследованных было достоверно больше – 63 (72%), чем мальчиков – 14 (28%),  $p < 0,05$ . Нами установлены гендерные различия во всех группах, достоверно выраженные в группах пациентов с пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей (ПН – 85% и 15%,  $p < 0,05$  и ИМП – 82% и 18%,  $p < 0,05$ ). В группе с нефропатиями и гломерулонефритами больше было мальчиков, без статистически достоверной разницы. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 1 года 9 (10%), 1-3 года 14 (16%), 4-6 лет 40 (46%), 7-15 лет 24 (28%). Детей из г. Гродно было достоверно больше 61 (80%), чем из районов области – 26 (20%),  $p < 0,05$ .

Изучаемые показатели имели различное соотношение у пациентов с анализируемой патологией. Так, конкордантное увеличение СОЭ и СРБ встречалось в группах с инфекциями мочевыводящих путей у 13 (33%), пиелонефритами – 15 (56%), гломерулонефритами – 4 (80%) и нефропатиями – у 3 (18%) пациентов. Повышение СОЭ при нормальном уровне СРБ было у 5 (13%) детей с ИМП, 5 (18%) с пиелонефритом, 1 (20%) с гломерулонефритом и 3 (18%) – с нефропатиями, повышение СРБ при нормальном значении СОЭ – у 7 (18%) детей с инфекциями мочевыводящих путей и у 7 (26%) – с пиелонефритом. СОЭ и СРБ оставались в пределах нормы у 14 (36%) пациентов с инфекциями мочевыводящих путей и у 11 (65%) с нефропатиями и не регистрировалось при других формах почечной патологии.

Проведен анализ некоторых биохимических показателей у пациентов с различной почечной патологией (таблица).

Таблица – Биохимические показатели ( $M \pm \sigma$ ) у детей с различной патологией почек

Показатели / группы	ПН (n=27)	ГН (n=5)	НП (n=17)	ИМП (n=39)	p
Общий белок г/л	60,3±4,6	56,2±5,7	70,3±3,4	67,3±2,4	> 0,05
Мочевина ммоль/л	3,6±0,9	5,8±1,9	2,7±3,1	4,8±1,6	> 0,05
Креатинин ммоль/л	21,5±15,5	59,7±11,6	40,5±9,1	35,5±7,1	> 0,05
Холестерин ммоль/л	4,1±1,3	4,5±1,1	3,7±0,7	4,0±0,5	> 0,05
Глюкоза ммоль/л	4,7±1,6	3,9±0,1	4,5±0,8	4,1±0,8	> 0,05

Из анализируемых биохимических показателей у детей с гломерулонефритами были ниже уровень общего белка и глюкозы и выше – мочевины, креатинина и холестерина, однако эти различия были статистически незначимы по сравнению с другими группами.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют нам сделать следующие выводы:

1. Конкордантное повышение СОЭ и СРБ имело место у абсолютного большинства детей с гломерулонефритом и у половины – с пиелонефритом, что значительно больше по сравнению с двумя другими группами.

2. Дискордантное соотношение изучаемых показателей констатировано во всех нозологических группах у пациентов с почечной патологией без выраженных различий между ними.

3. СОЭ и СРБ оставались в пределах нормы у трети пациентов с инфекциями мочевыводящих путей и у большинства – с нефропатиями.

4. Установлены гендерные различия во всех изучаемых группах, с достоверно выраженным преобладанием женского пола у пациентов с пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностические значения лабораторных показателей: Практическое пособие / Е.Д. Зубовская [и др.]. – Минск: БГУФК, 2011. – С. 26-27.

### **ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ НА ДИНАМИКУ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ, УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И Д-ДИМЕРОВ У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Спас В.В., Якубцевич Р.Э., Протасевич П.П., Предко В.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Сепсис остается трудно разрешимой клинической задачей. Несмотря на постоянно совершенствующиеся методы терапии, смертность при тяжелом сепсисе и септическом шоке по-прежнему достигает 50% и более, занимая одну из лидирующих позиций по причине смерти [1]. Одним из патогенетических звеньев развития полиорганной недостаточности является нарушение гемостаза, реализуемое через активацию тромбоцитов и плазменный гемостаз. Наличие тяжелого сепсиса приводит как к снижению уровня тромбоцитов, так и нарушению их агрегационной способности, нарушению свертывающей системы [2, 3].

Целью исследования явилось изучение уровня адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов, уровня гомоцистеина и Д-димеров у больных сепсисом на фоне экстракорпоральных методов детоксикации.

Материалы и методы. В исследование были включены 32 пациента с сепсисом, которым проводилась интенсивная терапия в реанимационном отделении УЗ «ГОКБ». Средний возраст составил 42±2 года. Все больные получали сопоставимую медикаментозную терапию, которая не могла повлиять на различные результаты агрегатометрии.