

- обеспечение безопасных условий для пожилых людей;
- недопущение проявлений дискриминации по признаку пола, возраста, укрепление солидарности поколений;
- сохранение самостоятельности в пожилом возрасте через предоставление социальных услуг;
- налаживание партнерства на всех уровнях.

Для улучшения функционального статуса и независимости пожилых специалисты отмечают, что необходимы следующие виды помощи:

- лечебные/физиологические; устранение боли и дискомфорта;
- функциональные мероприятия;
- когнитивные;
- аффективные меры;
- социальные контакты;
- социальное участие;
- мероприятия, способствующие возникновению чувства удовлетворения помощью, окружающей обстановкой [2].

Для оценки функционального состояния пожилых людей важны медицинский, психологический, социально-экономический аспекты их жизнедеятельности, определяющие нужды и потребности медико-социальной помощи пожилым людям.

Выводы

Социальная работа с пожилыми должна быть тесно связана с вопросами защиты их прав, утвержденными в Декларации прав человека. Принципиально новыми подходами в социальной работе является использование возможностей Интернета и электронной почты для обучения персонала, членов семей, студентов и потребителей услуг социальных служб, для общения и поиска дополнительных ресурсов работы социальных служб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сухова, Л. С. Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста / Л. С. Сухова // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты. — М.: Изд-во «Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия», 2003. — С. 93–105.
2. Чикарина, Л. Я. Новые технологии социального обслуживания пожилых людей / Л. Я. Чикарина // Государство и общество: проблемы социальной ответственности: материалы IX научных чтений МГСУ. — Изд. МГСУ «Союз», 2003. — С. 196–198.
3. Гончарова, Г. Н. Клиническая геронтология / Г. Н. Гончарова, И. Г. Калашников, Н. В. Тихонова. — М., 2001. — № 8. — С. 87.
4. Руководство по геронтологии / под ред. академика РАМН, проф. В. Н. Шабалина. — М.: Цитадель-трейд, 2005. — 800 с.

УДК 616.346.2-002.1

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Зувич А. С., Жур А. С., Сотникова В. В.

**Научный руководитель: заведующий курсом детской хирургии
кафедры хирургических болезней № 2 С. Ю. Баранов**

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

Введение

Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым заболеванием в детском возрасте, требующим экстренного хирургического вмешательства. Низкая настороженность, особенности клинической картины, сложности скрининга нередко приводят к поздней диагностике ОА и запоздалой операции. При этом перфоративные формы ОА наблюдаются в среднем у 15 % детей.

Сложность лечения запущенных форм ОА у детей определяется ограниченными компенсаторными возможностями организма ребенка и быстрым вовлечением в процесс различных органов и систем, развитием и прогрессированием метаболических нарушений.

Цель

Изучить материалы пациентов, оперированных с осложненными формами ОА в отделении детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ДХО ГОКБ); отметить причины, повлиявшие на развитие данной патологии; сравнить чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам; показать эффективность комплексного лечения осложненного ОА у детей на современном этапе.

Материал и методы исследования

Были ретроспективно проанализированы 290 историй болезни пациентов, которым была выполнена аппендэктомия за период 2015 г. по данным ДХО ГОКБ. В основное исследование не были включены пациенты, поступившие с неосложненными формами ОА. Оценивался пол, возраст, сроки от начала заболевания, данные бактериологического и бактериоскопического исследования, проводимое лечение.

Результаты исследования и их обсуждение

Из общего числа оперированных пациентов 2 пациентов планово были оперированы по поводу хронического аппендицита. Интраоперационно катаральная форма ОА была поставлена 7 пациентам, флегмонозная — 183 (из них у 12 человек попутно проведена резекция большого сальника (РБС)), гангренозная — у 67 (в том числе с РБС у 32) и перфоративная — у 31 (10,7 %) (с РБС — у 21). Симультантно у пациентов с флегмонозными формами были также произведены: у 2 — резекция врожденных эмбриональных тяжей, резекция 1 кисты брюшины, были обнаружены 2 неизмененных дивертикула Меккеля (не удалялись).

Пациенты с перфоративными формами (ПФ) ОА и составили исследуемую мною группу. Из числа этих детей количество мальчиков и девочек было 20 и 11 (почти 2:1). В городах проживало 24 (77,4 %) ребенка, из них 17 — в Гомеле.

Поступление детей в стационар в 26 % было осуществлено бригадами скорой медицинской помощи, в 13 % случаях — обратились самостоятельно, остальные были направлены из поликлиник или других стационаров. Относительный рост числа таких пациентов наблюдался в весенний период (в 1,8 раза), а по месяцам — в феврале (6 случаев).

Распределение пациентов по возрасту: в 2 года — 2 ребенка, в 3 года — 6, в 5 лет — 4, в 6 лет — 2, в 8 и 9 лет — по 3, в 10 лет — 1, в 11 и 12 лет — по 2, в 14 и 15 лет — по 3 ребенка.

Наблюдалась послесуточная обращаемость за медицинской помощью (около 90 %).

В клинической картине пациентов младшей возрастной группы традиционно доминировали общеинтоксикационные симптомы (у 70 % пациентов рвота была от 3 до 6 раз, у остальных — многократная; у каждого температура тела была повышена до 37,5–39 °С, а жидкий стул наблюдался у каждого пятого).

В общем анализе крови при поступлении и на следующий день после операции отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ.

Показания к срочной операции в основном были поставлены в первые часы после госпитализации, всем детям проводилась в течение 1–2 ч предоперационная подготовка.

Дооперационный скрининг с применением УЗД был выполнен 4 пациентам, при этом в одном случае аппендикс достоверно визуализировать не удалось.

В настоящее время, учитывая квалификацию и опыт врачей отделения, в основном хирургическая помощь при остром абдоминальном синдроме проводится с применением малоинвазивных технологий. Всем детям была выполнена видеолапароскопия. В 3 случаях сложность операции потребовала конверсии в традиционные лапаротомные доступы. У 28 пациентов была выполнена лапароскопическая аппендэктомия (аппаратом «KARL STORZ»). В 11 случаях был выполнен общий лаваж БП с 5–7 литрами физиологического раствора, в остальных случаях выпот был осушен марлевыми салфетками. Попутная резекция вовлеченного в воспалительный процесс большого сальника была выполнена 21 пациенту. В 18 случаях операция была закончена дренированием БП: ПВХ-дренажами (у 16) или перчаточным тампоном (у 2).

Выпот БП у 19 пациентов был мутный и занимал малые площади вокруг аппендикса, а у остальных 12 — был гнойным и обнаруживался почти или во всех областях БП. У 4 па-

циентов в БП был выявлен периаппендикулярный абсцесс, а у 1 — аппендикулярный инфильтрат.

В полученных посевах выпота из БП при запущенных ПФ ОА у 11 пациентов рост аэробной микрофлоры не был получен, в остальных случаях была обнаружена *E. coli*, реже — другая микрофлора (рода *Pseudomonas*, *Proteus mirabilis*, энтерококки).

В послеоперационном периоде пациенты кроме инфузионной терапии и анальгетиков, получали антибиотикотерапию, состоявшей чаще из комбинации цефотаксима (цефтриаксона) + гентамицина (амикацина) + метронидазола.

УЗ-контроль БП перед выпиской был выполнен 5 пациентам — без патологии.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно, время лечения детей составило от 14 до 35 дней (в среднем около 3 недель).

Выводы

По нашим данным несколько чаще перфоративные формы острого аппендицита наблюдались у детей мужского пола, большинство пациентов проживало в городе.

Традиционно доминировали в этой группе пациентов поздняя обращаемость за медицинской помощью и дети младшей возрастной группы.

Технические и кадровые возможности ДХО ГОКБ позволили получить большему числу пациентов с этой патологией преимущественно малоинвазивную помощь.

Безусловным микробным лидером при данной патологии являлась *E. coli*. Однако чувствительность *E. coli* к антибактериальным препаратам претерпела серьезные изменения: наблюдалась часто резистентность к ампициллину, карбенициллину, сохранялась хорошая чувствительность к цефалоспорином I–IV и аминогликозидам II–III поколений.

Адекватно примененная антибактериальная терапия, наряду с малоинвазивным хирургическим вмешательством и интенсивной терапией в отделении, позволили сократить в ряде случаев длительность пребывания маленьких пациентов в стационаре и снизить риск развития послеоперационных осложнений у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков, Ю. Ф. Острый аппендицит в детском возрасте / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, А. Ф. Дронов. — М.: Медицина, 1980. — 192 с.
2. Баиров, Г. А. Срочная хирургия детей: рук-во для врачей / Г. А. Баиров. — СПб., 1997. — 323 с.
3. Баиров, Г. А. Гнойная хирургия детей: рук-во для врачей / Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 272 с.

УДК 616.284 - 002.1/3 - 036.11. «2016»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2016 г.)

Зылевич А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Отит среднего уха занимает второе место в списке тяжелых заболеваний ЛОР-органов после гайморита. При неправильном или несвоевременном лечении болезнь может привести к серьезным осложнениям и даже полной потере слуха, поэтому начинать лечение необходимо при появлении первых симптомов [1].

Острый гнойный средний отит — представляет собой острое гнойное воспаление слизистой оболочки барабанной полости, при котором в той или иной мере в катаральное воспаление вовлекаются все отделы среднего уха [2].