

тензии был цирроз печени, при этом наблюдалось расширение вен нижней трети пищевода. Лечебная тактика заключалась в постановке зонда Блэкмора. С целью предупреждения образования пролежней на слизистой оболочке пищевода зонд держали в раздутном состоянии 8–10 ч с последующим контролем гемостаза. В случае рецидива кровотечения баллоны повторно раздували.

Выводы

1. В структуре кровотечений неязвенной этиологии 1 место занимает синдром Мэллори — Вейса (составляет 70,5 %).
2. Основным методом остановки кровотечения является инъекционный гемостаз и клипирование, которое в 99 % эффективно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А. И. Чернооков [и др.] // *Анналы хирургии*. — 2010. — № 1. — С. 12–16.
2. *Скрипниченко, Д. Ф.* Неотложная хирургия брюшной полости / Д. Ф. Скрипниченко. — Киев: Здоровье, 1970. — 400 с.
3. Синдром Меллори — Вейса и эрозивно-геморрагический гастрит как причина острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / П. В. Гарелик [и др.] // *Журнал Гродненского медицинского университета*. — 2009. — № 2. — С. 206–209.
4. Persico: Actively bleeding Dieulafoy's lesion of the small bowel identified by capsule endoscopy and treated by push enteroscopy / G. D. De Palma [et al.] // *World J Gastroenterol*. — 2006. — Vol. 28, № 12(24). — P. 3936–3937.
5. *Алексеева, О. П.* Цирроз печени и его осложнения: учеб. пособие / О. П. Алексеева, М. А. Курышева. — Н. Новгород: НГМА, 2004. — 95 с.

УДК 616.6-022-008.87-055.2

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Романюк Т. И., Бронова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. С. Князюк*

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

Введение

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) занимают первое место среди всех заболеваний мочевыводящих путей и имеют высокий удельный вес (60–70 %), как среди городского, так и сельского населения [1]. Инфекции мочевыделительной системы чаще возникают у женщин, чем у мужчин, что связано с особенностями строения мужской и женской мочеполовой системы. Половина женщин в мире в течение жизни имели, по крайней мере однократно, эпизод цистита. Приблизительно у одной из трех женщин разовьется один эпизод цистита к 24 годам [2]. 25–35 % женщин в возрасте 20–40 лет в течение одного года имеют один эпизод цистита (0,5–0,7 эпизода на 1 женщину в год). Ежегодно имеет место 26–36 млн случаев острого цистита [3]. Заболеваемость пиелонефритом в детском возрасте составляет 7,3–27,5 случаев на 1 000, у взрослых — 0,82–1,46 на 1 000 [4]. Спектр этиологических агентов как при неосложненном бактериальном цистите, так и пиелонефрите одинаков и представлен *E. coli* в 63,5–95 % случаев, в 3–10 % *Staphylococcus saprophyticus*. Иногда выделяются другие *Enterobacteriaceae*, такие как *P. Mirabilis* — 3,5–8 % и *Klebsiella* — 3,5–6 %. Структура возбудителей вне-

больничных ИМП (в %): *Enterobacteriaceae* — 80,5 % (*K. Pneumonia* — 8,9 %, *Enterobacter spp.* — 2,1 %, другие — 2,5 %); *E. faecalis* 3 — 6,6 %; *P. Aeruginosa* — 3,1 %; Другие (*S. Agalactiae* — 1,7 %, *Acinetobacter spp.* — 0,8 %, *Candida spp.* — 0,6 %, *E. Faecium* — 0,4 %, *S. Maltophilia* — 0,2 %) — 3,7–5 % [5–9].

Цель

Оценить этиологические особенности инфекций нижних мочевыводящих путей у пациенток, находящихся на стационарном лечении на базе учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2».

Материал и методы исследования

Оценили результаты посевов 287 пациенток с диагнозом «цистит», проходивших лечение в урологическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 2 в 2014–2018 гг. Изучался видовой состав выделенной уромикробиоты. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

У пациенток, проходивших стационарное лечение на базе учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» было выявлено, что положительные результаты посевов мочи, с учетом выделения возбудителя заболевания в этиологически значимом количестве, для условно-патогенных микроорганизмов составили 24,7 % (в 71 случаях), отрицательные — 75,3 % (в 216 случаях). Структура микрофлоры выглядела следующим образом: *Escherichia Coli* — 48 (67,6 %), *Enterobacter cloacae* — 9 (12,7 %), *Staphylococcus saprophyticus* — 7 (9,8 %), *Proteus mirabilis* — 3 (4,2 %), *Enterococcus faecium* — 3 (4,2 %), *Pseudomonas putida* — 1 (1,4 %).

При анализе чувствительности выделенных уропатогенов, определенной диско-диффузионным методом было установлено, что микроорганизмы чаще были чувствительны к ципрофлоксацину, левофлоксацину, гентамицину, амикацину, цефотаксиму, меропенему, ванкомицину, офлоксацину, нитрофурантоину. В меньшей степени отмечалась чувствительность к норфлоксацину, ко-тримаксозолу, фосфомицину.

При анализе резистентности микроорганизмов выяснили, что чаще всего уропатогены были устойчивы к пенициллину, ампициллину, амоксиклаву, норфлоксацину, ко-тримоксазолу, офлоксацину, ципрофлоксацину.

Выводы

Таким образом, микробный пейзаж при циститах в основном представлен семейством *Enterobacteriaceae* (эшерихия, клебсиелла, протей, энтеробактер, морганелла), среди которого первое место по частоте занимает *E. coli* (67,6 %). Анализируя результаты микробиологического исследования мочи при циститах в данной группе пациентов не было выявлено микст-инфекции. Учитывая полученные разноречивые данные по чувствительности и резистентности выявленных возбудителей инфекций нижних мочевых путей, рекомендуем проведение бактериологического посева мочи на флору и чувствительность до начала антибактериальной терапии с последующей ее коррекцией по результатам посева при необходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Циститы: учеб. пособие для вузов / Г. Н. Скрыбин [и др.]; под общ. ред. Г. Н. Скрыбина. — СПб., 2006. — С. 5.
2. Инфекции мочевыводящих путей: метод. рекомендации № 57 для врачей урологов / А. В. Зайцев [и др.]; под общ. ред. А. В. Зайцева. — М., 2017. — С. 14.
3. Шилов, Е. М. Нефрология: учеб. пособие для послевузовского образования / Е. М. Шилов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 688.
4. Лоран, О. Б. Лечение и профилактика хронического рецидивирующего цистита у женщин / О.Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова; под ред. О. Б. Лоран // *Consilium medicum*. — 2004. — Т. 6, № 7. — С. 460–466.

5. Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011) / И. С. Палагин [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2012. — Т. 14, № 4. — С. 280–303.

6. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов: Российские национальные рекомендации / Т. С. Перепанов [и др.]; под общ. ред. Т. С. Перепанова — М.: ООО Прима-принт, 2013. — С. 64.

7. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy / K. G. Naber [et al.] // Eur Urol. — 2008. — Vol. 54, № 5. — P. 1164–1178.

8. Жебентяев, А. А. Инфекции органов мочеполовой системы: учеб. пособие / А. А. Жебентяев. — Витебск: Изд-во ВГМУ, 2009. — С. 13.

9. Князюк, А. С. Оценка микробного пейзажа при циститах / А. С. Князюк // III Съезд ОО «Белорусская ассоциация урологов»: матер. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 26 окт. 2018 г. — Минск, 2018. — С. 61–63.

УДК 616.379 – 008.64 – 089.873

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ВЫСОКИМ РИСКОМ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Сильвистрович В. И., Клапкова Т. Н., Калоша В. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Лызигов

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

Введение

На сегодняшний день в мире около 422 млн взрослого населения страдает сахарным диабетом (СД) и с каждым годом отмечается рост количества пациентов [1, 2]. В Республике Беларусь с каждым годом число пациентов с СД увеличивается на 5–7 %, а каждые 10–15 лет — возрастает в 2 раза [3, 4]. Сахарный диабет — одна из основных причин инвалидизации и преждевременной смертности [5, 6].

Облитерирующий атеросклероз относится к числу наиболее опасных осложнений СД, определяющих высокий риск ампутаций нижних конечностей. СД увеличивает риск развития облитерирующего атеросклероза периферических артерий в 3–4 раза. Критическая ишемия нижних конечностей в 5 раз чаще встречается у больных СД [10].

До 90 % всех ампутаций выполняется по поводу ишемической гангрены нижних конечностей и развившихся гнойно-некротических осложнений. Нетравматические ампутации, как следствие окклюзионных заболеваний артерий нижних конечностей даже у лиц моложе 45 лет, занимают второе место в структуре инвалидности, уступая лишь последствиям травм [7, 8, 9].

Цель

Изучить социально-демографические характеристики пациентов с нейроишемической формой СДС с высоким риском ампутации конечности.

Материал и методы исследования

Объектом нашего исследования были 329 пациентов с подтвержденной инструментально (ультразвуковое исследование, КТ-ангиография) нейроишемической формой СДС, находящихся на лечении в Гомельском областном центре диабетической стопы в 2015 и 2018 гг. Исследование проводилось ретроспективно с использованием историй болезни пациентов, а также поддерживалась связь с пациентами и их законными представителями для получения дополнительной информации о состоянии здоровья пациента. Учитывались такие показатели, как пол, возраст, место жительства, трудоспособ-