

Из 122 штаммов бактерий 28 (22,9 %) штаммов выделено из ран пациентов, подвергшихся ампутации нижней конечности на уровне голени или бедра. Среди выделенных 28 штаммов превалировал метициллинрезистентный *S. aureus* (39,3 %, n = 11). Вторым по частоте встречаемости являлся *E. faecalis* (21,4 %, n = 6). *A. baumannii* был выделен в 5 (17,9 %) случаях.

У 6 (40 %) пациентов, подвергшихся ампутации нижней конечности, из ран были выделены монокультуры, среди которых с одинаковой частотой встречались *S. aureus* и *E. faecalis* (по два случая). У 11 (73,3 %) пациентов в ранах обнаруживались ассоциации бактерий. Наиболее частая комбинация — *S. aureus*, *E. faecalis* и представитель семейства *Enterobacteriaceae* (n = 9,60 %).

#### **Выводы**

1. У пациентов с нейропатической формой СДС микробный пейзаж наиболее часто представлен монокультурами (40 %), среди которых наиболее часто встречается *S. aureus* (39,3 %).

2. Риск ампутации конечности увеличивается при наличии в ране пациентов с нейропатической формой СДС метициллинрезистентного *S. aureus*, а также комбинации *S. aureus*, *E. faecalis* и представителя семейства *Enterobacteriaceae*.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы. Раны и раневые инфекции / Г. Р. Галстян [и др.] // Журнал им. проф. Б. М. Костюченко. — 2015. — 2 (3). — С. 63–83.
2. International Working Group on the Diabetic Foot. The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus / K. Bakker [et al.] // Diabetes Metab Res Rev. — 2016. — Vol. 32, Suppl. 1. — P. 2–6.
3. Бенсман, В. М. Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы / В. М. Бенсман. — 2-е изд. — М.: Медпрактика-М, 2015. — 496 с.

УДК 616.346-002-06:616.381-002]-053.2

### **АПЕНДИЦИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТОМ У ДЕТЕЙ**

*Каныго О. Н., Литвинчук А. С.*

**Научный руководитель: ассистент Б. А. Баллыев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острый аппендицит остается самым частым заболеванием, требующим неотложного хирургического вмешательства. Аппендэктомия по-прежнему составляет 70–80 % всех оперативных вмешательств, выполняемых в детском возрасте. Причем у больных в возрасте до 5 лет перфоративный аппендицит встречается в 50 %, до 3-х лет — в 85 %, что наряду с другими причинами осложненного течения острого аппендицита, значительно повышает риск возникновения послеоперационных осложнений. Неблагоприятное течение ОА у детей обуславливает возникновение тяжелых взаимозависимых осложнений, наиболее частое из них — аппендикулярный перитонит.

#### **Цель**

Изучить структуру, закономерность и причины развития аппендицита, осложненного перитонитом у детей.

#### **Материал и методы исследования**

Ретроспективно изучались истории болезни пациентов с аппендицитом, осложненным перитонитом, которые проходили лечение в УЗ «Гомельская областная детская

клиническая больница» в период 2018–2019 гг. Статистическая обработка выполнена описательной статистикой и программы «Excel».

### Результаты исследования и их обсуждения

За 2018–2019 гг. было зарегистрировано 36 случаев осложненного перитонитом аппендицита. Средний возраст пациентов составил  $8,54 \pm 4,65$  (р-уровень  $< 0,05$ ). Наибольшая заболеваемость выявлена у детей школьного возраста (66,67 %). В среднем, за период 2018–2019 гг. по полу убедительной разницы не было выявлено.

В основном поступление детей в стационар осуществлялось бригадой скорой медицинской помощи либо при направлении из других медицинских учреждений. С момента появления первых симптомов до установления диагноза в среднем проходило 1,8 суток (процент обращений за помощью на 1-е сутки от появления первых симптомов составил 41,67 %, на 2-е сутки — 41,67 %, 3-и сутки — 13,8 %, 5-е сутки — 2,86 %).

В клинической картине преобладала боль в животе, которая наблюдалась у всех исследуемых пациентов. Повышение температуры тела также наблюдалось у всех детей в исследуемой группе и составляло в среднем  $38,5 \pm 0,62$ , чаще всего отмечалась фебрильная температура тела (47,2 %), реже наблюдалась субфебрильная (16,67 %), пиретическая лихорадка встречалась в 36,13 % случаев. Рвота наблюдалась у 77,78 % пациентов в исследуемой группе, в свою очередь жидкий стул был у 36,13 % детей. При лабораторном исследовании крови у 34 пациентов наблюдался лейкоцитоз, среднее число  $Le$  в исследуемой выборке составило  $16,25 \times 10^9/л \pm 6,429$ .

По итогу анализа степени распространенности процесса, наиболее часто выявлялся распространенный перитонит, конкретно его разлитая форма (55,56 %), реже диффузная (5,56 %). Местные формы перитонита отмечались реже. Местный неотграниченный перитонит развивался в 33,3% случаев, в свою очередь местный отграниченный — в 5,56 %. Структура степени распространенности процесса в исследуемой группе представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура степени распространенности процесса в исследуемой группе

Местный		Распространенный	
неотграниченный	отграниченный	диффузный	разлитой
33,3 %	5,56 %	5,56 %	55,56 %

Оперативное лечение проводилось всем пациентам с установленным диагнозом перитонит. Лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости под общим эндотрахеальным наркозом выполнялась 35 (97,2 %) пациентам, 17 (47,2 %) пациентам ввиду развития гнойного оментита также выполнялась резекция большого сальника. Лапаротомия с аппендэктомией, резекцией большого сальника, санацией и дренированием брюшной полости выполнялась 1 (2,78 %) пациенту. Стандартная схема лечения в отделении начиналась с назначения комбинации антибиотиков широкого спектра действия, таких как цефотаксим либо цефтриаксон + гентамицин (амикацин), также всем пациентам назначался метронидазол. 13,8 % детей также получали дополнительное лечение следующими антибиотиками: имипенем, ципрофлоксацин, меропенем.

Средняя длительность лечения составила 3 недели, в тяжелых случаях требовалась госпитализация в ОАРИТ. На фоне проведенного лечения отмечалась положительная динамика, все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового хирурга.

Парез желудочно-кишечного тракта является вторым по частоте среди наблюдаемых послеоперационных осложнений. Послеоперационный парез наблюдался у 15 (41,6 %) пациентов в исследуемой группе. Электростимуляцию кишечника в качестве лечения данного осложнения использовали в 60 % случаев, у оставшихся пациентов использовали касто-

ровое масло. Дополнительное медикаментозное лечение не применялось ввиду эффективности вышеизложенных методов. Пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии, живот мягкий, безболезненный, стул оформленный, регулярный.

**Выводы**

Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил  $8,54 \pm 4,65$  лет, по полу существенной разницы не было выявлено.

Период от момента появления первых симптомов острого аппендицита до начала лечения в среднем составил 1,8 суток.

В клинической картине преобладала боль в животе, повышенная температура тела. Реже — рвота, жидкий стул. В ОАК у 34 пациентов отмечался лейкоцитоз.

Всем пациентам проводилось оперативное и антибактериальное лечение: назначалась стандартная терапия антибиотиками широкого спектра действия: цефотаксим/цефтриаксон + гентамицин (амикацин) и метронидазол. Средняя длительность лечения составила 3 недели. Прогноз заболевания в целом являлся благоприятным.

**УДК 616.381-006.6-78-036.88**

**СРАВНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ**

*Ким К. М., Остапец В. И.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Берещенко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

На сегодняшний день, одним из эффективных методов почечно-заместительной терапии при лечении хронической болезни почек (ХБП) в терминальной стадии, является перитонеальный диализ (ПД). Основной проблемой для длительной эффективной терапии ХБП, посредством ПД, является развитие диализного перитонита. Смертность после первого эпизода диализного перитонита достигает 5 % и является неблагоприятным прогностическим фактором летальности еще у 16 % больных в течение года.

**Цель**

Проанализировать летальность пациентов, находившихся на перитонеальном диализе и сравнить их с группой контроля.

**Материал и методы исследования**

Ретроспективно изучены медицинские карты истории 73 пациентов с ХБП в 5Д стадии, находящихся на ПД в учреждении Гомельская областная специализированная клиническая больница на 10.02.2020. Данные были обработаны с использованием программ «Microsoft Excel 2016» (Microsoft Corporation, США).

**Результаты исследования и их обсуждение**

В течение исследуемого периода проанализированы 73 пациента с ХБП в стадии 5Д, находящихся на ПД. Летальный исход в течении года наступил у 12 пациентов. Группа контроля составляла 54 пациентов, находящихся на ПД по настоящее время.

Средний возраст умерших пациентов составил  $62,16 \pm 2,67$  лет. Из них преобладали пациенты трудоспособного возраста (20–65 лет) — 8 (66,67 %) пациентов, старше 66 лет — 4 (33,33 %) пациентов. Женщин было 8 (66,67 %) пациентов, мужчин — 4 (33,33%).

Основным заболеванием, которое явилось причиной развития ХБП, был сахарный диабет 2 типа (СД 2) — 5 (41,67 %) случаев. Второе место занимает гломерулонефрит