

ны о соответствующих сферах деятельности. Ведь продолжение линии родителей гораздо проще и поэтому является более типичным случаем (если, конечно, есть что продолжать). В то же время неудовлетворенность родителей своей профессией в явном или неявном виде говорит ребенку: не следуй за мной, не иди по моим стопам. Их цель будет заключаться в нахождении таких моделей жизненного выбора, которые позволят им уйти от сценария неудачника и найти для себя более приемлемые социальные роли. Важную роль в выборе профессии играет и психологическая структура личности. Так, для людей с альтруистической эмоциональной направленностью главной установкой становится любовь к людям, помощь и забота о них. Для гностика – познание тайн природы, человека или мира собственной души. Для романтика – стремление к необычному, таинственному, выходящему за пределы обыденной повседневности. Практическая реализация эмоциональной направленности осуществляется с трудом. Так, альтруистическая устремленность предполагает убежденность в том, что твоя доброта кому-то нужна или хотя бы уместна. Если при попытке сделать что-то хорошее для других человек встретит непонимание или квалификацию своего поведения как «глупого», то желание «творить добро» в нем может поубавиться. Гностическая направленность требует уверенности в том, что твои идеи имеют хоть какую-то социальную ценность. Таким образом, несмотря на существующую свободу выбора, он ограничен внешними обстоятельствами и сформировавшейся структурой личности. Следовательно, построение смыслов профессиональной деятельности – сложная и во многом противоречивая задача. Ведь даже стремление к смыслу не есть его обретение.

Цуприк В.В., Маковецкий Н.В.

МИКРОФЛОРА ГНОЙНЫХ РАН ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Довнар И. С., к.м.н., доцент

Число больных сахарным диабетом с каждым годом увеличивается. Одно из характерных проявлений сахарного диабета, как инсулинзависимого, так и инсулиннезависимого – диабетическая ангиопатия нижних конечностей, с развитием синдрома диабетической стопы. Наиболее серьезным осложнением данного синдрома является развитие гнойно-некротических процессов в нижних конечностях. Несмотря на значительное внимание клиницистов к данной проблеме, результаты лечения гнойно-некротических изменений тканей при диабетической стопе остаются неудовлетворительными. Во многом это связано с высокой вирулентностью и изменчивостью микрофлоры. Цель исследования – изучить микрофлору из раневого отделяемого при диабетической стопе для назначения адекватного антибактериального лечения. Проведен анализ историй болезни 75 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, находившихся на стационарном лечении во II хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно» за 2010 и 2011 годы. В исследованной группе мужчин было 38(50,7%), женщин – 37(49,3%). Средний возраст пациентов составил 63,8 года. Изучены данные микробиологических посевов из раневого отделяемого. Проведен анализ антибактериальной терапии у данной группы пациентов. У исследованных больных были выявлены следующие гнойно-некротические осложнения диабетической стопы: гангрена пальцев и стопы в 19(25,3%) случаях, трофические язвы голени и стопы – 18(24%), флегмона – 12(16%), остеомиелит – 8(10,7%), различные комбинации вышеуказанных осложнений – 18(22%) больных. При анализе микробной флоры из очагов гнойно-некротических осложнений было установлено, что наиболее частым возбудителем являлся *Staphylococcus aureus* у 23(30,6%) больных, у 15(20%) – *Enterobacteriaceae*, у 13(17,3%) – *Staphylococcus epidermidis*, у 8(10,7%) – *Staphylococcus saprophiticus*, у 6(8%) – *Pseudomonas aeruginosa*, у 5(6,7%) – *Streptococcus*, у 2(2,7%) – *Proteus vulgaris*, у 2(2,7%) – ГО палочки семейства Неферметатирующих бактерий, у 1(1,3%) – палочки *p.Proteus*. При анализе назначенных антибактериальных препаратов было выявлено следующее: чаще всего применялись такие препараты, как гентамицин – 70(93% случаев), бензилпенициллин – 65(87%), оксациллин – 56(75%), ванкомицин – 54(72%), амоксиклав – 49(65%), цефазолин – 44(59%), линкомицин – 38(51%), ципрофлоксацин – 38(51%). При анализе чувствительности высеянной микрофлоры к применяемым антибиотикам было определено, что резистентность к та-

ким антибиотикам как бензилпеницилин, оксациллин, амоксиклав, хлорамфеникол, ампициллин, цефазидим оказалась более 80% случаев, а резистентность к гентамицину, ванкомицину, цефазолину, эритромицину, ципрофлоксацину, цефазолину, тетрациклину, ко-тримаксозолу, цефураксиму составила 40-80%. Таким образом, при гнойно-некротических осложнениях диабетической стопы в ранах преобладают монокультуры микроорганизмов, лидирующее положение здесь занимают *Staphylococcus aureus* и *Enterobacteriaceae*. Назначаемые антибиотики должны воздействовать в первую очередь на вышеперечисленных возбудителей.

Цыганок М.С., Червякова Я. И.

О ВЛИЯНИИ ПРИОБРЕТЁННЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НА КЛИНИКУ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научные руководители: Алексинский В. С., Невгень И. Н.

Гнойные менингиты – группа заболеваний бактериальной природы с преимущественным поражением оболочек мозга, объединяющая ряд отдельных нозологических форм, характеризующихся общими клиническими и морфологическими признаками. Возбудителями гнойного менингита могут быть различные бактериальные агенты. Заболевание обычно развивается внезапно. Начало столь острое, что больной или окружающие могут указать не только его день, но и час. Температура повышается до 38-39° С, возникает резчайшая боль, которая иногда иррадирует в шею, спину и даже в ноги. Головная боль сопровождается рвотой, не приносящей облегчения. Появляются общая гиперестезия и менингеальные симптомы. Сознание вначале сохранено, но в случае несвоевременного начала лечения затемняется, больной впадает в сопорозное состояние. Спинномозговая жидкость в первые часы заболевания может быть не изменена, но уже на 1-2-й день давление ее резко повышается, и развивается симптоматика отека головного мозга. Длительность заболевания при адекватном лечении в среднем составляет 2-6 нед, однако возможны гипертонические формы, приводящие к летальному исходу в течение первых суток. Целью настоящего исследования явился анализ секционного случая с атипичной формой клинического течения гнойного менингита. Материалами исследования явились медицинская документация умершего больного. Результаты и обсуждение. Приводим описание секционного случая: больной Т., 59 лет, поступил в стационар областной инфекционной больницы по направлению 1ой ГКБ. Обратился за помощью впервые, смерть наступила в течение первых суток после госпитализации. Был выставлен заключительный клинический диагноз: Основное заболевание: вторичный гнойный менингоэнцефалит. Сепсис? Осложнения: Отёк, набухание головного мозга. Дислокация продолговатого мозга. Из анамнеза известно, что в 1989 году больной проходил стационарное лечение по поводу перелома костей основания черепа с назальной ликвореей. При аутопсии клинический диагноз был подтвержден, а также была выявлена воронкообразная деформация глазничной части лобной кости и правой решётчатой пластинки решётчатой кости после перенесённого в 1989 г. перелома костей основания черепа. В дне воронкообразного костного дефекта определялись мелкие перфоративные отверстия диаметром 0,1-0,2 мм, предположительно сообщающиеся с правой лобной пазухой и ячейками решётчатой кости. При выдаче патологоанатомом врачебного свидетельства о смерти родственникам был выполнен дополнительный сбор анамнеза, так как оставалось неясной причина молниеносного течения болезни. Выяснилось, что за 3-4 недели до госпитализации больной жаловался на нарастающие головные боли, для снятия болей больной принимал сидячее положение с наклоном головы вперёд, при этом из отверстий носа происходило истечение прозрачной водянистой жидкости. В связи с улучшением состояния от госпитализации больной отказывался. Выводы: при наличии сквозных дефектов костей основания черепа у больных гнойным менингитом может происходить спонтанная декомпрессия, обусловленная назальной ликвореей, что может приводить к атипичной клинике заболевания с длительным латентным периодом и молниеносной манифестацией. В связи с этим, анатомические дефекты костей основания черепа следует учитывать при ранней диагностике гнойного менингита.