

к своевременной и качественной терапии и улучшению качества жизни пациентов.

2. Невысокие показатели официальной статистики по БА вероятно свидетельствуют о недостаточной информированности о четких критериях установления диагноза среди специалистов первичного амбулаторного звена, а также о нежелании родителей и самих пациентов по установлению диагноза хронического заболевания. Это приводит к отсутствию адекватной терапии и несвоевременности лечебно–профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / C. Abbafati [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol. 396. – P. 1204–1222.

КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» БОТУЛИЗМА

Волосач О.С.¹, Цитко Е.В.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Гродненская областная инфекционная клиническая больница²*

Актуальность. Ботулизм – повсеместно встречающееся заболевание, которое чаще всего возникает при употреблении в пищу продуктов, содержащих нейротоксин, вырабатываемый *Clostridium botulinum*. Ведущими клиническими проявлениями ботулизма является тяжелое поражение нервной системы. Диагностические ошибки при оценке клинических проявлений могут привести к несвоевременному распознаванию заболевания и позднему оказанию специфической медицинской помощи, что, в свою очередь, может закончиться смертью пациента [1].

Цель. Повысить информированность врачей о ранних проявлениях ботулизма на клинических примерах во избежание диагностических ошибок.

Методы исследования. Приводим два взаимосвязанных клинических случая пищевого ботулизма, которые не сразу были распознаны врачами.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Е., 42 года поступила в учреждение здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» (УЗ «ГОИКБ») с жалобами на снижение остроты зрения, общую слабость, тошноту, дисфагию, головокружение, трехкратную рвоту, сухость во рту. Из анамнеза заболевания установлено, что заболевание началось за сутки до поступления в стационар, когда появились тошнота, тяжесть в эпигастральной области, головокружение. Пациентка принимала активированный уголь, Смекту. Состояние не улучшилось, а также к указанным симптомам на следующий день присоединилось нарушение зрения. Как отмечалось пациенткой, невозможность прочесть текст на мобильном телефоне, что заставило пациентку в тот же день обратиться к офтальмологу, который поставил диагноз «Пресбиопия обоих глаз». Однако внезапность появления нарушения зрения,

вызвало сомнение в правильности выставленного диагноза и пациентка была направлена на консультацию в УЗ «ГОИКБ». После тщательного сбора эпидемического анамнеза было выяснено, что накануне заболевания вечером пациентка употребляла в пищу сушеную рыбу, изготовленную кустарным способом, которой ее угостил сосед, который сам также употреблял эту же рыбу в пищу. Связавшись с супругой соседа по телефону, было выяснено, что сосед находится в отделении реанимации УЗ «Больница скорой медицинской помощи» в тяжелом состоянии с диагнозом «Отравление суррогатами алкоголя?». Кроме того удалось установить, что заболевание у данного пациента началось в тот же день, что и у пациентки Е. со схожей симптоматики, однако у данного пациента быстро присоединился и прогрессировал синдром дыхательных расстройств, что и обусловило тяжесть его состояния.

Пациенты были госпитализированы в УЗ «ГОИКБ» с диагнозом «Ботулизм». Пациентам в срочном порядке была назначена специфическая терапия – введение противоботулинической сыворотки. Диагноз ботулизма позже был подтвержден лабораторно. После проведения лечения пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В описанных клинических случаях тщательный сбор эпидемиологического анамнеза позволил быстро поставить правильный диагноз и провести соответствующее лечение, что обусловило благоприятный исход заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеева, И.В. Ошибки при диагностике ботулизма / И.В. Сергеева, Ш.Х. Рахими // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2022. – Т. 6, №11. – С. 667–670.

ПРОПИОНОВОЕ ПРОТИВОВСПАЛИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО И ФЕНИКАБЕРАН В ТЕРАПИИ АРТРИТОВ: АНАЛЬГЕЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ И ГАСТРОПРОТЕКЦИЯ

Волянский С.А.

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Артриты и воспалительные заболевания суставов являются одной из ведущих причин хронической боли и инвалидности среди населения. На фоне увеличения числа пациентов с артритами, эффективное и безопасное лечение этих заболеваний становится важной задачей. На сегодняшний день для борьбы с воспалением и болевым синдромом широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), такие как ибупрофен. Однако длительное применение НПВП сопровождается риском повреждения слизистой оболочки желудка, что ограничивает их эффективность и безопасность [1, 2].

Цель. Целью данного исследования является изучение комбинированного воздействия ибупрофена и винборона на воспаление и болевой синдром в экспериментальной модели артрита.