

В целом работу стационара оценили положительно 88,0% пациентов, не очень удовлетворительную и неудовлетворительную оценку дало 12,0% опрошенных (7% мужчин и 5% женщин), в основном лица со средним образованием (58,1%). Причины отрицательной оценки: отсутствие необходимых медикаментов (48,2%); ранний подъем (18,1%); недобросовестное отношение медперсонала к своим обязанностям (22,4%); отсутствие места отдыха (14,5%); отсутствие банных дней (11,2%).

Для улучшения работы стационара и качества оказания медицинской помощи внесены следующие предложения: обеспечить в достаточном количестве больницу необходимыми медикаментами и оборудованием (48,2%); улучшить качество приготовления пищи (42,3%); улучшить санитарно-гигиенические условия (17,3%); повысить внимание медперсонала к больным (18,1%).

Таким образом, исходя из полученных данных, необходимо проведение ряда мероприятий для улучшения качества медицинской помощи в терапевтическом стационаре, учитывая пожелания и жалобы опрошенных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОГЕПАТИТОВ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С НИЗКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРОЦЕССА

Гришко А.Н., Яблуковский А.А.

Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Васильев А.В.

Согласно данным литературы, частота выявления только неалкогольного стеатогепатита (по данным гистологического исследования печени) в странах Западной Европы и США составляет 7-9%. В настоящее время выдвинуто предположение, что в 60-80% случаев циррозы неустановленной этиологии формируются на фоне нераспознанного неалкогольного стеатогепатита.

Целью исследования стало сравнение клинико-лабораторных показателей больных стеатогепатитами и хроническими вирусными гепатитами с низкой активностью процесса.

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали данные отобранных по случайному признаку историй болезни 42 больных, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа (21 больной) представлена пациентами со стеатогепатитами (старое название «гепатозогепатит»), вторая – (21 больной) пациентами с хроническими гепатитами В и С с низкой активностью процесса. Диагностика, обследование и лечение больных осуществлялось согласно существовавшим в клинике стандартам. Данные историй болезни подвергнуты статистическому анализу.

Полученные результаты. В ходе исследования установлено, что группы оказались практически равными по возрасту ($43,1 \pm 2,1$ лет и $43,0 \pm 2,4$ лет в группах, соответственно). Отмечено преобладание в обеих группах мужчин ($72,7 \pm 9,7\%$ и $76,1 \pm 9,5\%$ в группах, соответственно). Сравнение по наличию у больных сопутствующей патологии позволило выявить более часто встречающуюся ($p < 0,01$) кардиопатологию у больных 1 группы, чем 2 группы ($86,4 \pm 7,5\%$ и $42,9 \pm 11,1\%$ в группах, соответственно). Частота артериальной гипертензии в группах отличалась ($81,8 \pm 8,4\%$ и $42,9 \pm 11,1\%$, соответственно ($p < 0,01$)). Анализ предъявляемых больными жалоб показал, что больные стеатогепатитом чаще ($p < 0,07$) жаловались на кровоточивость ($18,2 \pm 8,4\%$ и $4,8 \pm 4,8\%$, в группах, соответственно), на головную боль

(22,7±9,1% и 4,8±4,8% соответственно ($p<0,05$)), но реже жаловались на отсутствие аппетита (18,2±8,4% и 52,4±11,1%, соответственно ($p<0,05$)). В анамнезе отмечалось различие в применении липотропных средств в лечении (27,3±9,7% и 4,8±4,8%, соответственно ($p<0,05$)). При объективном исследовании установлено, что вес больных 1 группы был выше, чем у больных 2 группы (88,9±3,6 кг и 78,0±2,4 кг соответственно ($p<0,05$)). При сравнении лабораторных показателей установлено, что если при поступлении показатели тромбоцитов при стеатогепатите были ниже ($195,4\pm 25,1 \times 10^9/\text{л}$ и $263,3\pm 21,5 \times 10^9/\text{л}$, соответственно), то при выписке соотношение менялось в противоположную сторону ($282,4\pm 29,3 \times 10^9/\text{л}$ и $180,4\pm 11,8 \times 10^9/\text{л}$, соответственно ($p<0,05$)). При поступлении в первой группе больных показатель лейкоцитов был выше ($6,3\pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ и $5,2\pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$, соответственно ($p<0,05$)). Если ЛИИ при поступлении в группах практически не отличался, то при выписке во 2 группе этот показатель был выше ($0,45\pm 0,07$ и $1,15\pm 0,32$, соответственно ($p<0,05$)). Интересен факт более частого выявления атипичных лимфоцитов в 1 группе больных.

Выводы: Дифференциальная диагностика между стеатогепатитом и хроническими вирусными гепатитами проблематична по клинико-анамнестическим данным и данным рутинного биохимического исследования, поскольку из 212 сравниваемых параметров достоверные различия выявлены только по признакам, которые могут быть связаны с наличием сопутствующей артериальной гипертензии.

К 170-ЛЕТИЮ ПЕРВОГО В МИРЕ ЗАКОНА ПО ПСИХИАТРИИ

Грунтова А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научные руководители – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;

к.м.н., доцент Карпюк В.А.

Филипп Пинель (1745–1826), с этим именем связана целая эпоха в истории психиатрии. Эпоха, в которую началась борьба с невежеством и жестокостью, применяемыми к душевно-больным людям. Ф. Пинель, будучи назначенным врачом в Бисетре, предлагает ряд нововведений, относящихся к содержанию и лечению душевно-больных. Реформы Ф. Пинеля направлены на переход от карательных методов в психиатрии к щадящим. Благодаря Ф. Пинелю, был уничтожен тюремный режим, без света, воздуха и человеческого слова, который ранее применялся. С больных были сняты оковы и цепи. Меры успокоения и усмирения приняли более мягкие формы. Уничтожена варварская обстановка домов для умалишённых. Ф. Пинель изменяет и методы лечения. Центральными идеями лечебной системы Ф. Пинеля являются изоляция, покой и мягкое обращение, индивидуальный физический труд. Ф. Пинель считал, что методами исследования психиатрии должны быть тщательное наблюдение больных, изучение причин заболевания.

Дело, начатое Ф. Пинелем, далеко ещё не было закончено: многое оставалось довершить, особенно в провинциальных учреждениях, которых почти не коснулась волна столичных реформ. Далее дело Ф. Пинеля стал продолжать его ученик Ж. Эскироль (1772–1840). Он пытается распространить на всю Францию практические достижения, которыми могли похвастаться главнейшие больницы Парижа. Ж. Эскироль объезжает больницы провинциальных городов. Впечатления его были безотрадны. Больные подвергались обращению, худшему, чем преступники. Находились в обстановке, достойной зверей. В связи с чем создается особая комиссия, которая постановляет разработать инструкции «извлечь душевно-больных из тюрем и