

Большой раздел книги отведён лечению, которое он подразделяет на гигиеническое, имеющее в виду помощь организму в его борьбе с заболеванием, психотерапию и медикаментозное. Закljučая главу о лечении, П.П.Малиновский говорит: «Мы бы подвинулись гораздо дальше, если бы не увлекались теориями о болезнях души, а больше внимания обращали бы на тело. Оно трудно. Но времена Парацельса прошли. Не пора ли нам оставить таинственные и высокие названия; не пришло ли время сказать: мы этого не знали, но постараемся узнать!». От врача-психиатра он требует, чтобы тот обладал большим опытом и тактом.

Таким образом, П.П.Малиновский в своём труде описал психологические, физиологические и общесоматические признаки «помешательства», выделил причины течения и исходы помешательства, определил изменения интеллекта, воли, эмоциональной сферы при психических расстройствах.

## **ВЛИЯНИЕ ДЕЛИРИОЗНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА**

*Гурина И.В., Данилик В.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель проф. Климович И.И.*

Острый панкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и холециститу, он составляет 0,47% от всех соматических заболеваний и 12% - среди всех острых заболеваний органов брюшной полости, а деструктивные формы острого панкреатита встречаются у 30 – 60% пациентов. Особенно тяжелые формы острого панкреатита отмечаются у пожилых больных с выраженным атеросклерозом и сахарным диабетом, у молодых больных – при злоупотреблении алкоголем. Последнее часто является основным этиопатогенетическим фактором развития панкреатита, что часто наблюдается у лиц мужского пола трудоспособного возраста.

Цель - изучить влияние делириозного синдрома при остром панкреатите на исход лечения.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2002 – 2007гг. За данный период с диагнозом острый панкреатит проанализированы 839 историй болезни больных острым панкреатитом. Мужчин – 689(82,12%), женщин – 150 (17,88%), возраст больных колебался от 17 до 92 лет. Из всех больных деструктивные формы острого панкреатита наблюдались у 151 (18,0%) больных, из них 57 (37,7%) пациентов оперированы. Делириозный синдром развился у 63 больных, что составляет (7,5%) от общего количества больных острым панкреатитом и (41,7%) от общего количества больных острым деструктивным панкреатитом. Как следствие тяжёлого деструктивного панкреатита, делириозный синдром развился у 15 (26,3%) оперированных больных. Средний возраст этих больных составил 44,3 года. Алкогольный делирий наблюдался у 26 (3,1%) больных, причём, необходимо подчеркнуть, что он чаще наблюдался при отёчной форме панкреатита и при значительно более лёгких формах острого деструктивного панкреатита. Делириозный синдром в большинстве случаев возникал на 2-5 сутки от начала заболевания. В анамнезе этих больных имеются указания на злоупотребление алкоголем, у 13 из них алкогольный делирий наблюдался и ранее. Делирий смешанного генеза был у 22 (34,9%) больных острым панкреатитом.

Лечение острого панкреатита, осложнившегося делириозным синдромом – весьма сложная и трудоёмкая задача. Такие пациенты лечатся в реанимационном

отделении с участием хирурга, реанатолога, психиатра. Острый панкреатит у больных хроническим алкоголизмом, т.е. при уже имеющихся поражениях печени и ЦНС и осложнившийся развитием алкогольного делирия, протекает с выраженным эндотоксикозом, что значительно утяжеляет состояние пациента. При этом необходимо чётко знать патогенез клинико-метаболических нарушений всех видов обмена веществ в их взаимосвязи, помнить не только о восстановлении углеводного и липидного обмена, но также проводить коррекцию кислотно-основного состояния, гидроионного баланса и особенно важно скорректировать и поддерживать стабильность аминокислотного обмена, поскольку имеющийся дисбаланс аминокислот сказывается на синтезе инсулина и панкреатических ферментов, снижается иммунитет, развиваются неврологические расстройства. В лечении этих больных широко используется введение прессорных аминов (дофамин) при развитии у этих больных ферментативного перитонита и шока.

Проведённый нами анализ показал, что делириозный синдром, как правило, развивается у больных острым деструктивным панкреатитом, часто носит смешанный характер, а у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, может быть обусловлен не только отменой приема алкоголя, но и скрыто протекающим даже отёчной формой панкреатитом, что необходимо учитывать как при диагностике, так и проведении лечения, чтобы то и другое были своевременны. Делириозный синдром всегда отягощает лечение панкреатита.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ЯВИВШАЯСЯ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА**

*Гурский С.С., Заруба А.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Изучение уровня и состава госпитализированных больных позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую заболеваемость военнослужащих, в частности, хирургической патологией. Одновременно эти данные служат источником о качестве медицинского обслуживания и исходной позицией формирования оптимальных вариантов организации медицинской помощи военнослужащим.

В связи с этим, сплошным методом были изучены состав, причины, показания, количество проведенных дней в стационаре и исход заболевания во время госпитализации военнослужащих в хирургическое отделение войсковой части за период июль-декабрь 2004г.

Всего изучению было подвергнуто сплошным методом 613 случаев госпитализации военнослужащих.

Контингент госпитализированных на 2/3 (66,1%) составили выходцы из села, остальные – горожане – 19-20 лет (33,9%). Среди госпитализированных преобладала возрастная группа (54,9%); значительный удельный вес составили военнослужащие 21-25 лет (21,7%); 17-18 лет (8,2%); других возрастных групп (15,2%).

Прослеживается неравномерность поступления больных в хирургическое отделение по месяцам года. Наиболее интенсивный поток пациентов в стационар регистрируется летом (ежемесячно 18,5%), затем – в осенние месяцы (17,9%), а реже – в зимние – 9,3%.