

начала заболевания. В анамнезе этих больных имеются указания на злоупотребление алкоголем, у 8 из них алкогольный делирий наблюдался и ранее. Делирий смешанного генеза был у 39 (31,7%) больных. Лечение острого панкреатита – весьма сложная и трудоёмкая задача. 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 них ферментативного перитонита и шока. С другой стороны, острый панкреатит у больных хроническим алкоголизмом, т.е. при уже имеющихся поражениях печени и ЦНС, часто осложняется развитием алкогольного делирия, что на фоне эндотоксикоза утяжеляет течение острого панкреатита. Пациенты с делириозным расстройством сознания лечились в реанимационном отделении с участием хирурга, реаниматолога, психиатра.

Таким образом, 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 тяжелым деструктивным процессом в поджелудочной железе, что необходимо учитывать как при диагностике, так и проведении лечения, чтобы то и другое были своевременны.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКИХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ**

## РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Минец А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – ассистент Л.Д. Кулеш

Глюкокортикоиды (ГК) являются одними из самых эффективных противовоспалительных препаратов при иммуновоспалительных заболеваниях, однако их применение ограничено частотой и выраженностью побочных эффектов, находящихся в прямой зависимости от дозы препарата и длительности применения. В стандартном варианте назначения дозу глюкокортикоидов принято соотносить с физиологическим ритмом их выработки в организме - большая часть суточной дозы назначается в первую половину дня. У больных ревматоидным артритом (РА) обострение суставного синдрома с сильными болями, отечностью и скованностью суставов отмечается по утрам, до приема ГК. Вместе с тем, в литературе имеются сведения о положительном эффекте низких доз ГК (5-7,5 мг преднизолона в сутки), назначаемых в ночное время в расчете на совпадение максимальной концентрации препарата с утренним суставным пиком обострения болей.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность низких доз ГК при назначении в позднее вечернее время у больных РА.

Материалы исследования. Было обследовано 17 больных (12 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 32 до 59 лет с суставной формой ревматоидного артрита в стадии обострения I-II степени активности, без висцеральных поражений. Все обследованные больные ранее при обострениях получали 15-20 мг преднизолона в сутки, 2/3 дозы препарата назначалось утром. В нашем исследовании больные получали 5 мг преднизолона перед сном в 24.00 и 2,5 мг преднизолона в 8 часов утра.

Результаты исследования. У всех больных был достигнут явный положительный эффект: у 9 человек в течение 2-х суток боли в суставах и утренняя скованность резко уменьшились, исчезла отечность суставов. Если до лечения продолжительность утренней скованности в среднем составляла 75 мин, то после начала позднего вечернего приема ГК продолжительность утренней скованности в среднем составила 35 минут. У 8 больных клинический эффект был достигнут за 5 дней. Клиническая эффективность подтверждалась улучшением лабораторных показателей (СОЭ, ревмопробы). При анализе историй болезни больных, пролеченных низкими дозами ГК, суммарная курсовая доза преднизолона оказалась достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем доза преднизолона, которую больные получили во время предшествующих госпитализаций.

Выводы. Положительный клинический эффект при лечении больных суставной формой РА низкими дозами ГК был получен за счет изменения времени приема препарата, что позволило уменьшить риск развития осложнений и рекомендовать данную методику для широкого применения в лечении суставного синдрома у больных РА.

## **95 ЛЕТ ВЫСШЕЙ СЕСТРИНСКОЙ НАГРАДЕ**

**Мирук Т.С.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 года во Флоренции. Английская сестра милосердия, инициатор введения прогрессивных методов ухода за больными и ранеными. Во время Крымской войны (1853-1856) наладила полевое обслуживание раненых в английской армии, что привело к сокращению смертности в лазаретах и значительному улучшению медицинского обслуживания в армии. В 1860 г. организовала первую в мире школу медсестер в госпитале