

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ
КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР "ГВКГ"**

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО
КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ "ГВКГ" МО УКРАЇНИ**

Випуск 13



Київ - 2008

В отличии от контрольной, во второй группе рецидивы не наблюдались. Больным (8 чел.) поступившим с рецидивом провели лечение с применением тетрациклина и бисептола. Дальнейших рецидивов у этих больных более не наблюдали.

Вывод

Используемая альтернативная схема лечения 3-х дневной малярии (Pl. Vivax) дает нам основание считать, что использование тетрациклина и бисептола наряду с далагиллом предотвращает случаи рецидива заболевания.

Правомірність встановлення діагнозу «Гарячка неясного генезу» на догоспітальному етапі

І.А. АНАСТАСІЙ, Д.М. ДУДАР
(Київ)

Гарячка неясного генезу (код МКХ-10: R 50) — патологічний стан, основним проявом якого є гарячка 38,3°C та вище, на протязі 3 тижнів та більше і причина якої залишається невідомою після проведення рутинних клініко-лабораторних досліджень [1, 2]. Встановлення цього діагнозу призводить до виникнення цілого ряду медико-соціальних і навіть психологічних проблем. Адже неясність причини гарячки призводить до затримки лікування, вимагає призначення додаткових фінансово затратних обстежень та викликає втрату довіри пацієнта до лікаря [3]. Коло захворювань, які можуть проявлятися гарячкою неясного генезу досить широке та включає в себе різноманітні за етіологією, патогенезом, лікуванням та прогнозом хвороби. В залежності від причини виникнення виділяють наступні варіанти гарячки неясного генезу [4]:

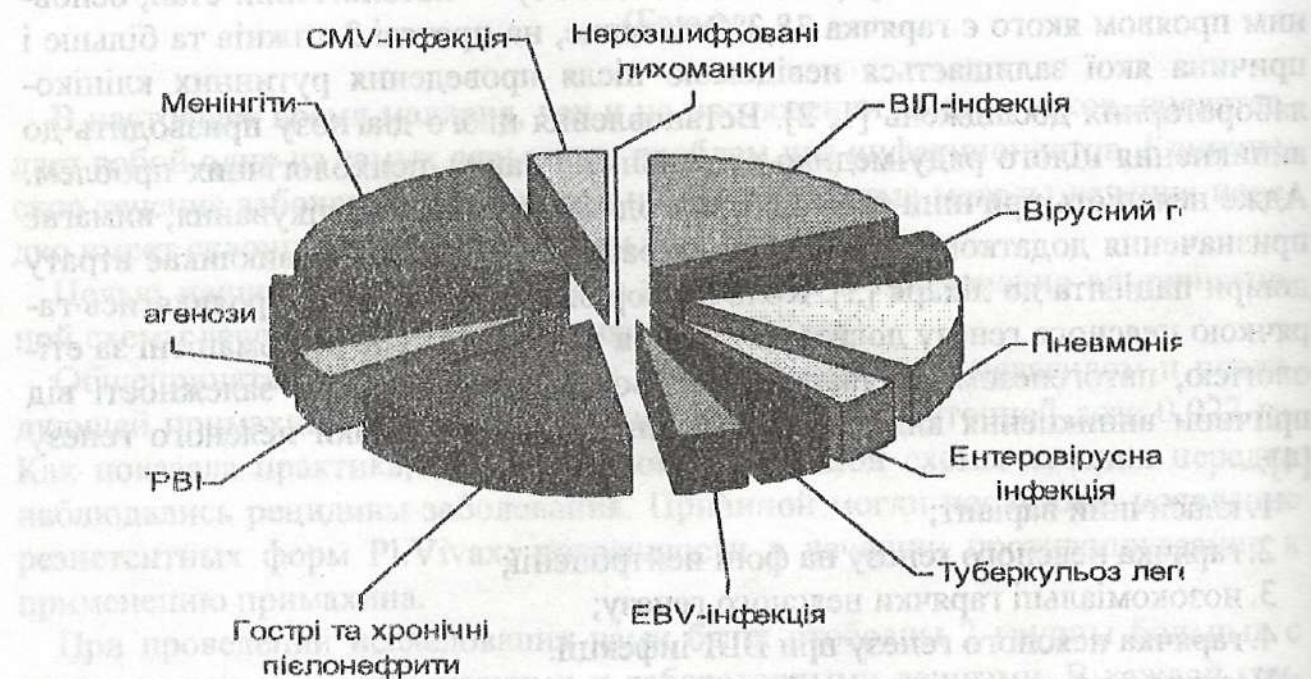
1. класичний варіант;
2. гарячка неясного генезу на фоні нейтропенії;
3. нозокоміальні гарячки неясного генезу;
4. гарячка неясного генезу при ВІЛ-інфекції.

Незважаючи на чіткі критерії встановлення діагнозу, наші спостереження свідчать про досить вільну інтерпретацію та використання цього терміну лікарями амбулаторної ланки, що може свідчити про певне небажання лікарів притримуватись клінічних протоколів МОЗ України. В якості прикладу наводимо власні спостереження.

Результати власних спостережень

Протягом 2007 року в клініку інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця, розташовану на базі інфекційного відділення КМКЛ № 9, було госпіталізовано 26 хворих з діагнозом : „Гарячка неясного генезу”. Вік пацієнтів склав

від 17 до 72 років (в середньому 37,72). Дещо переважали чоловіки — 15 (57,69%), жінок було 11 (42,31%). Терміни від початку хвороби до госпіталізації склали від 1 до 30 діб (в середньому 7,52 доби). Основною скаргою всіх пацієнтів було підвищення температури тіла до 38,5°C та вище при відсутності будь яких чітких об'єктивних ознак органних уражень. Загальноклінічні методи обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, рентгенографія органів грудної клітини) на догоспітальному етапі були застосовані лише у 2 пацієнтів (7,6%). Строки стаціонарного лікування пацієнтів склали від 1 до 23 діб (в середньому 9,5 діб). В клініці діагноз «Гарячка неясного генезу» було верифіковано таким чином (див. діаграму 1.): ВІЛ-інфекція — 4 хворих (15,38%), серозні менінгіти — 4 пацієнти (15,38%), гострі та хронічні запальні процеси сечовидільних шляхів — 4 (15,38%), пневмонії — 3 (11,5%), системні захворювання сполучної тканини — 2 (7,6%). По 1 випадку виявлено: цитомегаловірусна інфекція, вогнищевий туберкульоз легень, вірусний гепатит А, гостра респіраторна вірусна інфекція, ентеровірусна інфекція, EBV-інфекція, що разом склало 23,26%. У 3 хворих (11,5%), незважаючи на застосування повного комплексного дослідження виявити причину лихоманки так і не вдалося. Що збігається з даними літератури, які свідчать: у 10—15% хворих причину лихоманки в'яснити не є можливим [3].



Діаграма 1. Структура по нозологіям хворих з "гарячкою неясного генезу".

Висновки

1. Класичним критерієм діагнозу „Гарячка неясного генезу” відповідав лише 1 (3,8%) пацієнт.
2. В переважній більшості випадків (96,2%) встановлення діагнозу: „Гарячка неясного генезу”, на догоспітальному етапі є не коректним.

3. В структурі по нозологіям розшифрованих „Гарячок неясного генезу” переважають пацієнти з ВІЛ-інфекцією, гострими та хронічними запальними процесами нирок та сечовидільних шляхів та серозними менінгітами.

4. Враховуючи епідемію ВІЛ-інфекції на Україні, спостерігається зростання кількості пацієнтів з ВІЛ, які госпіталізуються в різноманітні стаціонари з діагнозом: «Гарячка неясного генезу», що говорить про низьку настороженість лікарів амбулаторної ланки, щодо ранньої діагностики ВІЛ-інфекції.

Літератури

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. — Т. 1 — К.: Здоров'я, 2000.
2. Наказ МОЗ України 08.10.2007 № 626 Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з гарячкою невідомого походження.
3. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней. — М., 1997.
4. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Пожилой больной и инфекция: руководство для врачей — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 53
5. Petersdorf RC. FUO. An old friend revisited. Arch Int Med 1992;152:21-3.

Основные принципы установления диагноза.

Ошибки в диагностике

И.К. АСАУЛЮК

Опираясь не только на свой, но и многих моих коллег, многолетний практический опыт врачевания в крупных лечебных учреждениях, а также на литературные данные, хочется отметить, что проблема диагноза и врачебных ошибок является животрепещущей как для теории, так и для клинической практики.

В процессе врачевания, и естественно, диагностики, должно использоваться все лучшее, чем были богаты школы: С.П. Боткина, Г.А. Захарьина, А.А. Остроумова, Д.Д. Плетнева, М.П. Кончаловского, Г.Ф. Ланга, Е.М. Тареева, А.Л. Мясникова, видных ученых Украинской школы терапевтов: В.П. Образцова, Н.Д. Стражеско, М.М. Губергрица, Ф.Г. Яновского, В.Н. Иванова, Б.С. Шкляра, В.Х. Василенко и др. [3, 4, 5]. Многие из них требовали не слепого «проштампованного», часто по аналогии установленного диагноза, а детального творческого изучения различных сторон болезни в данном конкретном случае с логическим построением диагностики на основании последних научных достижений медицинской науки. Один из принципов врачевания гласит — если хочешь быть хорошим врачом, хорошим диагностом, — внимательно слушай и смотри, много осмысленно читай и хорошо запоминай свои и чужие ошибки. При этом, лечащим врачом должна быть проявлена величайшая тщательность в сборе и оценке жалоб, анамнеза, клинической картины и строгая логика построения диагноза. Только тонкая на-