

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ТЯЖКІ ФОРМИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ І НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ

**Матеріали науково-практичної конференції
і пленуму Асоціації інфекціоністів України**

(16-17 травня 2002 року, м. Дніпропетровськ)

Тернопіль
“Укрмедкнига”
2002

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

З інфекційними захворюваннями, що займають значне місце у патології людини, доводиться зустрічатися лікарям різних спеціальностей, у першу чергу дільничним терапевтам, а також лікарям швидкої і невідкладної допомоги. Від своєчасного і вірного встановлення діагнозу залежать лікувальна тактика і прогноз захворювання. Та все ж діагностичні помилки найчастіше допускаються саме на догоспітальному етапі. Якщо в основу діагнозу покладений лише один який-небудь симптом, діагностичні помилки закономірні. Так, традиційні діагнози “гостра кишкова інфекція” (ГКІ) і “гострий гастроентероколіт” (ГГЕК) можуть впливати у серйозну, іноді катастрофічну ситуацію.

Ми проаналізували причини діагностичних помилок у 47 хворих з гострою хірургічною патологією, що були направлені з первинними діагнозами ГКІ і ГГЕК до інфекційного відділення ЦМКЛ м. Києва у 2001 р. У всіх хворих спостерігався різного ступеня вираження діарейний синдром. Крім того, у 31 пацієнта були нудота і блювання. Проте, при встановленні діагнозу на догоспітальному етапі не враховувались ступінь вираження і локальність больового синдрому, послідовність виникнення і динаміка розвитку симптомів.

При ретельному з'ясуванні анамнезу хвороби, а також епідеміологічного і життя, у чергового інфекціоніста вже у санпропускнику виникла підозра на гостру хірургічну патологію: гострий апендицит – у 18, тромбоз мезентеріальних судин – у 5, високу кишкову непрохідність – у 5, шлунково-кишкову кровотечу – у 7, перитоніт – у 3, гострий панкреатит – у 7, перфоративну виразку дванадцятипалої кишки – у 2 хворих. Усі хворі були оглянуті

хірургом, після чого 34 (72,3 %) з них були одразу переведені в хірургічне відділення. У 13 (27,7 %) випадках виникла потреба у госпіталізації хворих в інфекційне відділення для спостереження і додаткового обстеження. Заключний діагноз у цих хворих був встановлений на 2-3-ю добу перебування у стаціонарі. Остання група підтверджує складності диференційної діагностики ГКІ з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини в окремих випадках.

Таким чином, при встановленні діагнозу в основу має бути покладений комплекс синдромів з урахуванням послідовності їх виникнення і динаміки розвитку. Важливо враховувати відповідність ступеня вираження інтоксикаційного, диспепсичного і больового синдромів. Лікар завжди повинен пам'ятати, що діарея і блювання можуть бути проявами інтоксикації, не пов'язаної з гострою інфекційною патологією. Тільки ретельний аналіз клінічних та анамнестичних даних дозволить у багатьох випадках уникнути діагностичних помилок вже на догоспітальному етапі.