

К ВОПРОСУ О НЕПРОФИЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Сикор Д.В., Невгень И.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Васильев А.В

Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики являются базовыми в определении тактики лечения пациента. Древнее правило «кто хорошо диагностирует – хорошо лечит» не потеряло своей актуальности в настоящее время. В своей практике инфекционисту приходится сталкиваться с массой патологии, которая протекает с симптоматикой, присущей инфекционной патологии (лихорадка, желтуха, диспепсические расстройства). Таким образом, поверхностный подход к диагностике на догоспитальном этапе может привести к госпитализации непрофильного пациента в инфекционный стационар. В случае ургентной патологии это может быть причиной фатальных последствий.

Целью данного исследования стало сопоставление частоты поступления пациентов с непрофильной патологией в инфекционный стационар, с таковой в отделение реанимации.

Материалом для проводимого исследования стали данные журнала госпитализации инфекционной больницы (всего 4996 чел. за 2014 г.) и данные журнала движения пациентов в отделении реанимации (всего 260 случаев за 2014 г.). Методом исследования стал сопоставительный статистический анализ.

В результате проведенного исследования установлено, что за 2014 г. в гродненскую областную инфекционную клиническую больницу (далее ГОИКБ) за 2014 г. поступило 246 непрофильных пациентов, что составило $6,8 \pm 0,4\%$. В целом, во-первых, данная цифра ниже, чем в предыдущие годы, а, во-вторых, невелика и приближается к уровню естественной статистической погрешности. Однако, по количеству дней пребывания в стационаре непрофильная патология берет на себя уже $9,6 \pm 0,2\%$. То есть при средней длительности пребывания инфекционного больного в стационаре $4,3 \pm 0,2$ дня у пациента с непрофильной патологией этот показатель составил $6,5 \pm 1,3$ дня (в среднем на двое суток больше). Таким образом, налицо экономический ущерб от пребывания непрофильной патологии, поскольку пребывание пациента на инфекционной койке дороже, чем пребывание его в общесоматическом стационаре. Однако экономическая составляющая, хоть и немаловажна, но не определяющая актуальность проблемы. Ургентная, особенно хирургическая патология (а в инфекционный стационар поступали пациенты с острым аппендицитом, острым тромбозом мезентериальных сосудов, острой кишечной непроходимостью) не терпит отсрочки в оказании хирургической помощи. Промедление с её оказанием чревато осложнениями и напрямую угрожает жизни пациента. В этом плане представляет интерес тяжёлая патология. Согласно полученных

данных, в отделении реанимации за изучаемый период находилось на лечении 36 пациентов с непрофильной патологией, что составило уже $14,4 \pm 2,2\%$, а это уже далеко от статистически допустимой погрешности (каждый 7 пациент в отделении реанимации был непрофильным). Что же касается суммарного количества дней, проведенных непрофильными пациентами на реанимационной койке инфекционного стационара, то этот показатель составил $20,0 \pm 1,1\%$. К вопросу о последствиях. Из 7 умерших пациентов в ГОИКБ за 2014 года 2 были непрофильными для инфекционного стационара. Таким образом, каждый третий пациент умирал от непрофильной для инфекционного стационара патологии. Но сравнение летальности ещё больше впечатляет. Если летальность от инфекционной патологии в 2014 году составила 0,1%, то от непрофильной таковая составила 0,62%. Обращает на себя внимание спектр непрофильной патологии, представленный 72 нозологическими единицами. Данное обстоятельство требует от инфекциониста широкого знания смежной патологии. Однако для окончательного решения вопроса о диагнозе необходимо существенное экспресс-лабораторное подспорье.

К ВОПРОСУ ОБ ОШИБКАХ В ДИАГНОСТИКЕ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Сикор Д.В., Невгень И.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Васильев А.В

Анализ причин диагностических ошибок является важной составляющей в работе по выявлению их причин и разработке путей их устранения.

Целью данного исследования стало сопоставление двух видов ургентной патологии (заболеваний с синдромом поражения ЦНС и заболеваний с диспепсическим синдромом) в аспекте частоты совершения диагностических ошибок при них.

Материалом для проводимого исследования стали данные журнала госпитализации инфекционной больницы (всего больных 4996 за 2014 год) и данные журнала движения больных в отделении реанимации (всего 260 случаев за 2014 год). Методом исследования стал сопоставительный статистический анализ.

В результате проведенного исследования установлено, что за 2014 год в отделение реанимации гродненской областной инфекционной клинической больницы (далее ОАиР ГОИКБ) за 2014 год поступило 76 пациентов с патологией, сопровождающейся признаками поражения ЦНС, что составило $29,2 \pm 2,8\%$ от общего числа пациентов с ОАиР. В том же году в это отделение поступило 75 пациентов с диспепсическим синдромом, что составило $28,9 \pm 2,8\%$ пациентов, лечившихся в ОАиР. Разумеется, доля нейроинфекций в общем количестве пациентов стационара была существенно меньшей, нежели пациентов с диспепсическими расстройствами. Но в пределах ОАиР группы пациентов были примерно равными. Однако в ходе диагностического процесса у пяти пациентов с подозрением на нейроинфекцию диагнозы были