

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., Невзень 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 меньше, 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

сняты и выставлены диагнозы непрофильной для инфекционного стационара патологии (врожденной гидроцефалии, органического расстройства личности, субарахноидального кровоизлияния, судорожного синдрома, энцефалопатии). Таким образом, частота совершённых диагностических ошибок у пациентов с менингеальным синдромом составила  $2,0 \pm 0,4\%$ . В ходе лечения пациентов с диспепсическим синдромом у 8 из них был снят диагноз кишечной инфекции и выставлены диагнозы (разрыва аневризмы аорты, острого тромбоза мезентериальных сосудов, сепсиса, агранулоцитоза и опухоли средостения, инфаркта миокарда, цирроза печени, очаговой пневмонии, дисбиоза кишечника). Таким образом, число диагностических ошибок составило  $10,6 \pm 3,6\%$ .

Если в случае подозрения на нейроинфекцию практический врач относится к дифференциации этой патологии достаточно ответственно, и, соответственно, реже совершает диагностические ошибки ( $2,0\%$  находится в диапазоне допустимой статистической погрешности). В то же время в случае с заболеванием, с диспепсическим синдромом, столь вероятно, заболевание не кажется врачу угрожающим жизни пациента и дифференциальная диагностика проводится несколько более поверхностно, что приводит к совершению недопустимо высокого числа диагностических ошибок.

## **ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВОЗРАСТНОЙ И ПОЛОВОЙ АСПЕКТЫ**

*Сикор Д.В., Яровая А.Г.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра инфекционных болезней  
Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Васильев А.В

Полиморфизм клиники энтеровирусной инфекции (далее ЭВИ), способность вовлекать в патологический процесс жизненно важные органы, (головной мозг, сердце, печень) и склонность к эпидемическому распространению, - определяют актуальность исследования данной инфекции.

Целью данного исследования стало изучение особенностей клинического течения энтеровирусной инфекции у детей и взрослых, а также у лиц мужского и женского пола.

Материалом для проводимого исследования стали данные историй болезни пациентов, лечившихся в Гродненской инфекционной областной клинической больнице в 2003 году (123 истории болезни), в 2009 году (32 истории болезни) и в 2014 году (61 история болезни). У всех пациентов диагноз «энтеровирусная инфекция» был подтверждён серологически либо в ПЦР. Методом исследования стал ретроспективный сравнительно – статистический анализ.

В результате проведенного исследования установлено, что в половом аспекте достоверных различий в группах пациентов не обнаружено. В то же время ЭВИ у детей и у взрослых протекала с большим количеством существенных различий. Так у взрослых не отмечалось фебрильной лихорадки, тогда как у детей частота таковой составила  $37,3 \pm 5,6\%$ . Отмечалась разница в частоте жалоб на боли в горле, частоте выявления экзантемы и энантемы. Однако данные различия не были достоверными. Обратило на себя внимание