

действием белковых комплексов на инсулярный аппарат поджелудочной железы.

Все больные с хронической гастродуоденальной патологией и лактазной недостаточностью находились на безмолочной диете весь период стационарного лечения. Анализ содержания инсулина и глюкозы в крови был проведен у 36 больных через 6 месяцев после выписки из стационара. Соблюдали безмолочную диету 24 ребенка, 12 детей не придерживались рекомендуемой диеты и употребляли молоко и молочные продукты. У детей с вторичной лактазной недостаточностью тонкого кишечника на фоне безмолочной диеты установлено достоверное повышение уровня инсулина и глюкозы в крови ($p < 0,001$). У детей, которые не придерживались предложенных рекомендаций по питанию, содержание инсулина и глюкозы в крови осталось на исходном уровне.

Заключение. Таким образом, детям с хронической гастродуоденальной патологией, у которых имеется вторичная лактазная недостаточность тонкого кишечника, следует рекомендовать безмолочную диету, что способствует нормализации уровня инсулина и глюкозы в крови.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРИЧИНА НЕПРОФИЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Богущий М.И., Васильев В.С., Васильев А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, РБ

Проблема своевременной диагностики особо актуальна при патологии с быстрым, а подчас и фульминантным течением. Случаи расхождения диагнозов при летальных исходах обусловлены, как правило, комплексом причин клинического и организационного плана.

Материалы. Нами проанализированы 74 случая непрофильной летальности за последние 20 лет в условиях инфекционного стационара. Среди всех умерших (198 случаев) они составили 37,4%, однако с гастроэнтерологической патологией среди них было только 19 пациентов (9,6%), что от всей непрофильной летальности составило 25,6%. Среди них у 14 умерших причиной смерти был цирроз печени в стадии декомпенсации. Преобладали лица мужского пола (11 больных) с четко выраженным «алкогольным» анамнезом и морфологическими признаками наличия на аутопсии мелкоочагового цирроза. Средний возраст умерших составил 49 лет. Течение патологии характеризовалось широкой гаммой тяжелой сопутствующей патологии и отсутствием в прошлом перенесенного вирусного гепатита, в том числе и отрицательные результаты серологической верификации. В 4 случаях летальный исход наступил в течение 1-4 суток после перевода из соматических стационаров, что следует считать абсолютно необоснованным ввиду крайней тяжести состояния больных. Ни в одном случае из указанных 14 с данной гепатопатологией не зафиксировано рас-

хождения диагнозов, как по основной причине летального исхода, так и по патогенетическому построению диагноза.

У пяти умерших зафиксирована патология желудочно-кишечного тракта, протекавшая по варианту гастроэнтероколита с геморрагическим синдромом, при отсутствии подтверждения его инфекционной природы, несмотря на кажущуюся схожесть с шигеллезом или сальмонеллезом. Указанные случаи наблюдались вне периодов эпидемических подъёмов в последние 3-7 лет. Все умершие при жизни страдали также тяжелой сопутствующей патологией. Одна умершая (81 год) погибла от не распознанной при жизни язвенной болезни 12-перстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы и развившегося профузного кровотечения. Заболевание протекало на фоне гипертонической болезни, постинфарктного кардиосклероза, хронической аневризмы левого желудочка.

Весьма показателен случай, наблюдавшийся у мужчины 48 лет, направленного поликлиническим учреждением в инфекционную клинику с диагнозом тяжелой формы гастроэнтероколита. Крайняя ограниченность во времени нахождения в стационаре не позволила провести детального обследования (1 час 20 минут), но было уточнено в анамнезе употребление грибов, что потребовало судебно-медицинского исследования, которое подтвердило отравление бледной поганкой.

Заключение. Касаясь в целом причин достаточно большого вклада непрофильной летальности, нужно признать, что основной причиной является убеждение врачей практического здравоохранения, считавших инфекционную больницу учреждением, где возможно проведение детального дифференциального диагноза патологии, имеющей сходство с инфекционными болезнями. Если направление непрофильных больных скорой помощью в инфекционный стационар можно считать простительным, то для участковой сети оно не должно иметь места. Весьма часто крайне тяжелое состояние больного не позволяет отказать ему в госпитализации в приемном покое, даже при поступлении с непрофильной патологией. Таким образом, гастроэнтерологическая патология, как причина непрофильной летальности, составляет значительную часть. Госпитализация больных с подобной патологией в инфекционный стационар была обусловлена тяжестью их состояния, в ряде случаев необходимостью проведения дифференциального диагноза, недостаточным обследованием как в поликлиниках, так и в соматических стационарах.