

80,2±4,0%. (корреляционная связь +0,56; $p < 0,001$). Среди всех больных с СЗА преобладали лица в возрасте от 18 до 40 лет (48,4±5,3%). Корреляционная связь составила +0,7; $p < 0,001$. Второй по численности возрастной группой были лица в возрасте от 41 до 60 лет (35,2±5,0%; корреляция +0,44; $p < 0,001$). Десятую часть больных (9,9±3,2%) составили лица старше 60 лет, а 6,6±2,4% составили лица до 18 лет. Чаще больные этой категории поступали в ОРИТ в четверг (корреляция +0,23; $p < 0,05$) и относительно редко в воскресенье (корреляция - 0,37; $p < 0,05$). При определении связи с ежемесячным поступлением данной группы больных обнаружена прямая связь с январем (корреляция +0,24; $p < 0,05$) и обратная связь с июлем (-0,39; $p < 0,05$). Каждый четвертый больной с АЗ (26,4±4,0%) поступал в инфекционный стационар не по профилю, в то время как у больных без СЗА данный показатель составил 7,8±0,5%; $p < 0,01$. Наличие у больных при обращении за помощью жалоб на желтуху и боли в печени, вероятнее всего, становилось причиной постановки ошибочного диагноза «вирусный гепатит. Корреляция с направительным диагнозом острого вирусного гепатита +0,66 $p < 0,001$ (с циррозом печени корреляция +0,38; $p < 0,001$). Диспепсические расстройства и субфебрилитет у больных с СЗА нередко становились причиной ошибочной диагностики у них острых кишечных инфекций, в то время как окончательным диагнозом становилось отравление алкоголем и его суррогатами (корреляция +0,95; $p < 0,0001$). Корреляционная связь больных с СЗА с показателем летальности в ОРИТ составила +0,28; $p < 0,05$.

Выводы:

1. Нарастание частоты поступления больных с СЗА в инфекционный стационар может объясняться либо увеличением количества этих лиц в общей популяции, либо снижением качества диагностики алкогольных отравлений и токсического (алкогольного) гепатита на догоспитальном этапе.

2. Алкогольная зависимость неблагоприятно влияет на исход инфекционной патологии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Туркель Ж.П., Давыдчик Э.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель - к.м.н., доц., Васильев А.В.

Актуальность. Наличие фоновой патологии может определять тяжесть, а, нередко, и исход основной патологии. Если у взрослых синдром взаимного отягощения заболеваний обуславливается, чаще всего, хронической приобретенной патологией, то у детей, чаще всего, роль отягчающего фактора играют врожденные заболевания.

Целью исследования стало изучение отдельных клинико-эпидемиологических характеристик группы лиц с различными видами врожденной патологии, лечившихся в ОРИТ Гродненской областной клинической инфекционной больницы. В данной работе не ставилась задача оценить влияние различных видов пороков развития на течение инфекционной патологии.

Материал и методы. Материалом исследования стали данные 2365 историй болезни больных, лечившихся в отделении интенсивной терапии (ОРИТ) Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 1997 по 2007 год. Среди всех больных число лиц с врожденной патологией (грубые дефекты развития ЦНС, синдром Дауна в сочетании с пороками сердца, сочетанные и комбинированные пороки сердца)

составило $4,7 \pm 0,47\%$ (в абсолютном исчислении – 98 больных). Данные историй подвергнуты коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Gamma). Проведено также сравнительно-статистическое исследование.

Результаты. В ходе исследования установлено, что большая часть больных с врожденной патологией представлена детьми первого года жизни – $62,2 \pm 4,9\%$. Дети более старшего возраста в этой категории больных составили $34,7 \pm 4,8\%$, а лица молодого (до 40 лет) возраста $3,1 \pm 1,7\%$. Среди лиц старших возрастных категорий больных с врожденными пороками развития не отмечено. Наиболее частыми причинами госпитализации в инфекционный стационар больных с сопутствующей врожденной патологией стали выраженные диспепсические расстройства в $49,0 \pm 5,1\%$ случаев (корреляционная связь $+0,27$; $p < 0,01$); пневмонии – в $34,7 \pm 4,8\%$ (корреляционная связь $+0,6$; $p < 0,0001$); неврологическая симптоматика – $14,3 \pm 3,6\%$, в том числе судорожный синдром – $9,3 \pm 2,9\%$ (корреляционная связь $+0,6$; $p < 0,0001$); сальмонеллез – $6,1 \pm 2,4\%$ (корреляционная связь $+0,4$; $p < 0,01$) контакт с инфекционными больными $5,1 \pm 2,2\%$ случаев ($+0,74$; $p < 0,0001$). Различия в частоте поступления больных с непрофильной патологией в группах больных с пороками развития и без таковых были недостоверными. Поступление больных с врожденными пороками развития в течение года было неравномерным. Так, чаще эти больные поступали в феврале и марте (корреляционная связь $+0,35$; $p < 0,01$), реже – в июне и июле (корреляционная связь $-0,45$; $p < 0,01$ и $-0,37$; $p < 0,05$, соответственно). Длительность пребывания в ОРИТ больных с грубой врожденной патологией не отличалась достоверно от длительности пребывания остальных больных, однако выявлена слабая корреляционная связь группы больных с врожденной патологией и длительностью пребывания в ОРИТ ($+0,18$; $p < 0,01$).

Выводы. Полученные данные позволяют установить, что больные с врожденной патологией чаще поступают в инфекционную больницу из других стационаров по причине выявления у них синдрома диареи, причиной которой может являться как дисбактериоз (следствие продолжительной антибиотикотерапии), так и внутрибольничное заражение острыми кишечными инфекциями (в т.ч. сальмонеллезом). Другими причинами перевода были параинфекционные показания: судорожный синдром, токсикоз на фоне пневмонии (возможно, внутрибольничной) и контакт с больными инфекционной патологией.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ВОЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Турченко М.А., Флеров А.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – доц. Маслакова Н.Д.

Сочетанная травма отличается особой тяжестью клинических проявлений, сопровождающихся значительным расстройством жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения, высоким процентом инвалидности, высокой летальностью. Эти повреждения значительно чаще сопровождаются травматическим шоком, кровопотерей, угрожающими расстройствами кровообращения и дыхания. О тяжести сочетанной травмы свидетельствуют показатели летальности. При изолированных переломах она составляет 2% , при множественных – 16% , при сочетанных повреждениях 50% и более.

При сочетанной травме каждое из повреждений усугубляет тяжесть общей патологической ситуации и наряду с этим каждое конкретное повреждение протекает