

Домашенко Ольга Миколаївна, Черкасова Тамара Ігорівна  
**ХІРУРГІЧНІ СИНДРОМИ В ІНФЕКЦІЙНОМУ  
СТАЦІОНАРІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Донецький національний медичний університет  
імені М. Горького,  
м. Донецьк, Україна

*Domashenko Olga Mykolayivna, Cherkasova Tamara Igorivna*  
***SURGICAL SYNDROMES IN THE HOSPITAL OF THE  
INFECTIOUS DISEASES***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,  
Donetsk, Ukraine*

*E-mail: [o\\_domashenko@mail.ru](mailto:o_domashenko@mail.ru); Domashenko O. M.*

**Актуальність.** Багато відомих хірургічних захворювань імітують клінічні прояви кишкових інфекцій. Разом з тим, у чималій кількості інфекційних хвороб виникають симптоми, які відповідають клінічній картині захворювань, що вимагають хірургічне втручання.

**Мета** – клінічний аналіз частоти помилкових діагнозів при хірургічних захворюваннях в інфекційному стаціонарі та випадків нерідко необгрунтованих оперативних втручань при інфекційних захворюваннях.

**Матеріали і методи.** 6737 історій хвороб і консультативних висновків хворих, що були направлені до клініки інфекційних хвороб у зв'язку з передбачуваною кишковою інфекцією, 26 пацієнтів, хворих на вірусний гепатит, 35 – на псевдотуберкульоз і ерсиніоз, 2 – на лептоспіроз, 1 – на амебний абсцес печінки.

**Результати дослідження.** Із 6737 хворих з передбачуваною кишковою інфекцією у 124 (1,84 %) було виявлено гострий апендицит, у 18 (0,27 %) – панкреатит, у 16 (0,24 %) – гострий

холецистит, у 9 (0,13 %) – тромбоз мезентеріальних судин, у 7 (0,1 %) – кишкова непрохідність, у 4 (0,06 %) – перитоніт, у 3 (0,04 %) – позаматкова вагітність, у 5 (0,07 %) – інфільтрати в черевній порожнині і малому тазу. При цьому у 47 % хворих діагноз був встановлений у санітарному пропускнику – пацієнти були оглянуті хірургом і переведені до хірургічного стаціонару. У 53 % пацієнтів справжня природа хвороби була розпізнана після госпіталізації в інфекційне відділення. Діагностичні помилки на дошпитальному етапі в 61,0 % були обумовлені дефектами у вивченні анамнезу, неповним або однобічним обстеженням, що не дозволяло судити про послідовність виникнення симптомів у перші години хвороби, недооцінкою або переоцінкою епідеміологічного анамнезу. Так, 1 хворий був госпіталізований з діагнозом плевропневмонія, внаслідок нехтування анамнезом захворювання не був запідозрений абсцес печінки амебної етіології. Разом з тим, абдомінальні болі можуть виникати при багатьох інфекційних хворобах і бути приводом для помилкового хірургічного втручання. Болі можуть бути обумовлені спазмом кишечника, або його парезом, швидким збільшенням печінки та мезентеріальних лімфовузлів, набряком жовчного міхура і підшлункової залози. У 26 хворих на вірусний гепатит В та А у переджовтяничному періоді спостерігалися інтенсивні болі в правому підребер'ї, які імітували жовчну коліку. У 14 хворих у анамнезі був холецистит, у 4 – жовчнокам'яна хвороба, що явилось приводом для госпіталізації їх у хірургічне відділення. Двом пацієнтам була проведена холецистектомія. У 1 хворої наприкінці початкового періоду, у 7 у розпалі вірусного гепатиту В виникли інтенсивні болі в правому підребер'ї та епігастрії у зв'язку з розвитком печінкової недостатності (прекома I-II). Двом хворим на жовтяничну форму лептоспірозу помилково проведена лапаротомія в зв'язку з вираженими абдомінальними болями і наявністю очеревинних симптомів, при цьому не були ураховані епідеміологічний анамнез, наявність міалгій,

ураження нирок. У 10 % хворих на псевдотуберкульоз і ерсиніоз відмічається абдомінальний синдром. Ми спостерігали спалах псевдотуберкульозу, при якому протягом місяця 28 хворим проведена апендектомія, при цьому переважно виявлено катаральне запалення відростка, а також мезаденіт. У подальшому в більшості осіб, що перенесли апендектомію, виявилися симптоми генералізації інфекції (гарячка, висип, ураження печінки та суглобів). У хворої 26 років спостерігали спорадичний хронічний перебіг мезаденіту ерсиніозної етіології, при якому больовий абдомінальний напад мав інтенсивний характер, супроводжувався підвищенням температури до 40 °С, нестримним блюванням. Хвора протягом 1,5 років двічі була прооперована з підозрою на гостру хірургічну патологію. Діагноз ерсиніозу був верифікований бактеріологічним дослідженням виділеного мезентеріального лімфовузла та РНГА. Залишається актуальною проблема виявлення гострого апендициту у хворих на гострі кишкові інфекції. Ми спостерігали 5 хворих на сальмонельоз, 3 – на шигельоз, 1 – на ешерихіоз з бактеріологічним підтвердженням діагнозів, у яких на 3-7-й дні захворювання виникли показання до хірургічного втручання. У 4 пацієнтів виявлено деструктивну, у 3 – катаральну форму апендициту, у 2 – при гістологічному дослідженні зміни у відростку не знайдено. Таким чином, наявність гострих кишкових інфекцій не виключає надалі розвиток гострого апендициту.

**Висновки.** Проведені дослідження свідчать про необхідність повсякчасного удосконалення знань і навичок діагностики в суміжних областях інфекціоністами і хірургами з метою правильного і своєчасного рішення питання щодо вибору лікувальної, у тому числі і оперативної, тактики у хворих на інфекційні захворювання. При ряді гострих кишкових інфекцій з вираженим абдомінальним синдромом доцільним є спільне спостереження і комплексне лікування хворих в умовах хірургічного стаціонару.