

**ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У
ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ.**

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ.

Бенедикт В.В., Самарчук В.Й., Пижевський О.А., Продан А.М.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України» ННІ ПО, кафедра хірургії

Гостра непрохідність тонкої кишки (ГНТК) до теперішнього часу являється складним в діагностичному плані захворюванням, особливо, на догоспітальному етапі. За даними літератури у більш, ніж 30 % хворих спостерігаються діагностичні помилки на цьому етапі.

Метою нашого дослідження є визначення причин помилкового встановлення діагнозів при цій патології на догоспітальному етапі і розробка можливих шляхів їх попередження.

Матеріал та методи дослідження. Проведено обстеження 310 хворих на ГНТК. У 56 пацієнтів проведено консервативне лікування, 224 хворим проведено хірургічне лікування і у 30 померлих пацієнтів проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого. 104 хворих були чоловічої статі і 206 - жіночої статі. Вік хворих коливався від 17 до 83 років, однак більшість пацієнтів були працездатного віку.

Тривалість захворювання у досліджуваних хворих на ГНТК по групах представлено в таблиці 1.

Як видно, з наведених в таблиці даних тільки 10,32 % хворих поступили в стаціонар до 6 годин від початку захворювання. В 46,77 % випадків пацієнти були госпіталізовані в строки після 24 годин. Пізня госпіталізація особливо виявляється у померлих пацієнтах (70,0 %). Ці дані вказують на варіабельність клінічного перебігу ГНТК, що також пояснює помилковість діагнозів при направленні в стаціонар. Дані наведені в таблиці 2.

Таблиця 1.

**Тривалість захворювання у хворих на ГНТК
до поступлення в стаціонар**

| | Тривалість захворювання | | | |
|--|-------------------------|-------------|---------------------|-------|
| | до 6 год. | 6-24 години | Більш ніж 24 години | Разом |
| Консервативне лікування хворих на ГНТК | 3 | 36 | 17 | 56 |
| Оперовані хворі на ГНТК | 29 | 88 | 107 | 224 |
| Померлі хворі на ГНТК | - | 9 | 21 | 30 |
| Всього | 32 | 133 | 145 | 310 |

Таблиця 2.

**Аналіз первинних діагнозів установи, яка направила хворого для
госпіталізації**

| Первинний діагноз | Разом |
|--|--------------|
| Захворювання печінки і підшлункової залози | 56 (53,85 %) |
| Грижі передньої черевної стінки | 19 (18,27 %) |
| Виразка шлунку. Перфорація | 15 (14,42 %) |
| Гострий апендицит | 9 (8,65 %) |
| Захворювання нирок | 2 (1,92 %) |
| Гінекологічні захворювання | 2 (1,92 %) |
| Гостра шлунково-кишкова кровотеча | 1(0,96 %) |
| Всього: | 104 (100 %) |

При аналізі отриманих результатів дослідження у хворих виявлено, що в 33,55 % випадків при направленні пацієнтів в стаціонар лікарями було

поставлено помилковий діагноз. Суттєво переважали помилкові діагнози у вигляді загострення хвороб печінки і підшлункової залози, грижі передньої черевної стінки різної локалізації, загострення виразкової хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки і, навіть, з підозрою на їх перфорацію, гострий апендицит та інші захворювання органів черевної порожнини. Як видно з наведених даних, діагноз ГНТК на до госпітального рівні для лікарів було встановити досить тяжко і особливо у хворих похилого і старечого віку. На нашу думку, причинами помилкових діагнозів на догоспітальному етапі можуть бути об'єктивного і суб'єктивного характеру. До помилок об'єктивного характеру відносимо наступне: короткотривалість обстеження пацієнта; відсутність лабораторних і спеціальних методів обстеження; неможливість динамічного спостереження за хворим; атиповість перебігу захворювання, особливо в похилому і старечому віці. До помилок суб'єктивного характеру ми віднесли наступні фактори: пізнє звертання хворих за медичною допомогою; недооцінка і поверхнева інтерпретація лікарями первинної ланки отриманих даних анамнезу і об'єктивного дослідження.

Висновки. Атиповий перебіг гострої непрохідності тонкої кишки, багатогранність супутньої патології, особливо у людей похилого віку можуть сприяти пізній госпіталізації таких пацієнтів і ускладнювати встановлення правильного діагнозу.

Перспективним напрямком у вирішенні цієї проблеми є ретельне вивчення анамнезу захворювання і об'єктивна інтерпретація даних обстеження лікарями первинної ланки із залученням у хворих сонографічного дослідження органів черевної порожнини. Крім цього, організація дистанційного консультативно-діагностичного центру, до якого можна звернутися лікарі первинної ланки для вирішення виникаючих проблем, може сприяти покращенню діагностики гострої непрохідності тонкої кишки.