

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

© Воронина А.А., Перцев А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гречкин В.И.

Кафедра факультетской терапии

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Контактная информация: Воронина Анастасия Андреевна — студентка 5 курса Лечебного факультета.

E-mail: voronina_na19991@mail.ru

Ключевые слова: лихорадка, диагностика, ОРВИ.

Актуальность исследования: лихорадочные состояния — это важный в терапевтической практике универсальный диагностический симптом, за которым может скрываться широкий спектр заболеваний [1]. Прежде всего это болезни инфекционного характера, неопластические и воспалительные системные заболевания, включающие немало угрожающих патологий.

Цель исследования: оценить структурную характеристику лихорадочных состояний больных с различной клинической картиной терапевтического профиля и возможности их дифференциальной диагностики на этапах поликлиники, приёмного отделения, стационара.

Материалы и методы: исследование было включено 88 человек, которые находились на обследовании или лечении по поводу наличия лихорадочного состояния длительностью более 5 дней в терапевтическом, пульмонологическом и кардиологическом отделениях БСМП №1. Данным пациентам на этапе приёмного отделения были проведены рутинные диагностические мероприятия (общие анализы крови и мочи, биохимические исследования), по показаниям — рентгенография органов грудной клетки, КТ, УЗИ внутренних органов.

Результаты: из 88 обследованных нами лихорадящих больных было выявлено на стационарном этапе 30 случаев пневмонии (из них 9 диагнозов было поставлено уже на этапе поликлиники), 8 случаев бронхита, 13 — инфекционного эндокардита, 7 — хронического гепатита алкогольной этиологии, 1 случай системной красной волчанки, 1 — псевдосептического варианта ревматоидного артрита, 10 — острого пиелонефрита и 18 — опухолей различной локализации. При наличии симптомов пневмонии из 30 исследуемых больных только у 25-ти определялся лейкоцитоз со сдвигом влево (83% случаев), а инфильтрация в лёгких в первые 3 дня — у 27 пациентов (90%), что затрудняло диагностическую задачу на первом этапе.

Вывод: анализ наблюдаемой клинической картины с учётом выявления групп риска и в сочетании с достаточным объёмом и качеством лабораторно-инструментальных исследований позволяет правильно дифференцировать причину возникновения лихорадочного состояния у больных на поликлиническом и стационарном этапах.

Литература

1. Гречкин В.И., Ромашов Б.Б., Малыш Е.Ю., Перцев А.В. Некоторые аспекты в диагностике инфекционного эндокардита на этапе поликлиника-приемное отделение-стационар // В сборнике: Фокус на первичное звено здравоохранения: современные клинические рекомендации по профилактике и лечению заболеваний в амбулаторно-поликлинической практике. X Юбилейная конференция врачей общей практики (семейных врачей) Юга России. 2015. С. 72–73.