

# **ОШИБКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХОЛЕЦИСТИТА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Н.Вагнер, 6 курс

Кафедра неврологии, медицинской генетики

Оренбургская госмедакадемия. Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В.Апतिकеева

Одним из синдромов вертебро-базиллярной недостаточности (обратимого нарушения функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями), является головокружение, которое носит системный характер (в ряде случаев головокружение носит несистемный характер и пациент испытывает ощущение проваливания, укачивания, зыбкости окружающего пространства), проявляется ощущением вращения или прямолинейного движения окружающих предметов или собственного тела, а также характерны сопутствующие вегетативные расстройства: тошнота, рвота, обильный гипергидроз, изменение частоты сердечных сокращений и уровня артериального давления. В связи с такими вегетативными расстройствами, пациенты зачастую доставляются к хирургу с диагнозом холецистит.

Цель исследования – ретроспективный анализ диагностических ошибок при холецистите на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. По данным журналов отказов в госпитализации хирургическим больным проведен анализ 15 случаев пациентов, доставленных с диагнозом холецистит. Пациенты осмотрены хирургом, неврологом для проведения дифференциальной диагностики между данными нозологиями.

Результаты. Основной жалобой пациентов являлась тошнота (98%), однократная рвота (89%), многократная рвота (35%) на фоне внезапного повышения артериального давления (у гипертоников с длительным анамнезом АГ) (79%), гипергидроз (56%). При этом 5% пациентов жаловались на неприятные ощущения в животе. При осмотре хирурга выявлена такая жалоба как головокружение у всех доставленных в приемный покой пациентов с последующей консультацией невролога. При неврологическом осмотре выявлялось системное (76%) и несистемное (34%) головокружение, нистагм (98%), а также два из девяти синдромов: зрительные расстройства (38%), глазодвигательные расстройства (и симптомы нарушения функции других черепных нервов) (45%), нарушения статики и координации движений (67%), вестибулярные (кохлеовестибулярные) нарушения (57%), глоточные и гортанные симптомы (43%), головная боль (68%), астенический синдром (52%), проводниковые симптомы (пирамидные, чувствительные) (66%). При этом, в результатах общего анализа крови не отмечалось воспалительных изменений у 98% пациентов. УЗИ-диагностика внутренних органов, а также диастаза мочи имели отрицательный результат.

Выводы. Ошибки в диагностике холецистита связаны с недостаточной компетенцией медицинского персонала скорой помощи (зачастую, это касается фельдшерской бригады). Необходим сбор подробного «сосудистого анамнеза», то есть наличие артериальной гипертензии, выявление транзиторных ишемических атак и т.д. У больных с головокружением обязательна консультация неврологом для исключения неврологической симптоматики.