

С. Г. ЕРАМЯН, М. М. АБАДЖЯН, Э. З. МАНУКЯН

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

В настоящей работе обобщены результаты изучения особенностей клинического течения острых пневмоний (ОП). Обследовано 125 больных с ОП. Сроки госпитализации до 5 дней с начала заболевания всего у 40, свыше 5 дней—у 65 больных.

Одной из особенностей клинического течения ОП можно считать выраженный болевой синдром (у 50 больных), что являлось причиной диагностических ошибок. Так, сопутствующий фибринозный плеврит у больных с ОП трактовался как острый живот у 3, холецистит—у 5, ИБС, стенокардия—у 3, межреберная невралгия—у 6, почечная колика—у 4 больных. Отмечалось частое поражение сердечно-сосудистой системы. На основании ЭКГ и ЭхоКГ данных у 4,8% больных был выявлен инфекционно-аллергический миокардит, у 27,7%—экссудативный перикардит, чаще с левосторонней локализацией.

Инфекционно-токсический шок, являющийся одной из причин тяжелого течения и летального исхода ОП, выявлен у 11 больных: I стадии—у 4, II стадии—у 4 и III стадии—у 3.

Наблюдалось поражение паренхиматозных органов: протеинурия, лейкоцитурия и микрогематурия, изменения печеночных проб, в одном случае—острый гепатит.

Таким образом, в настоящее время преобладает тяжелое течение ОП с частым поражением плевры с выраженным болевым синдромом широкой иррадиации, поражением сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов. Свообразие клинического течения ОП может явиться причиной диагностических ошибок.

9 с., библиогр. 8 назв.

Ереванский институт усовершенствования врачей
Полный текст статьи депонирован в ВНИИМИ
за № Д-17369 от 22/III 1989 г.

Поступила 6/IX 1988 г.

УДК 577.1

А. С. ОГАНЕСЯН, А. Т. ТАТЕВОСЯН, Ж. С. ГЕВОРКЯН, Г. М. МИНАСЯН

АНТИОКСИДАНТНЫЕ ФАКТОРЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Эксперименты, проведенные на белых крысах, показали, что процессы свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ) достаточно интенсивно протекают в почечной, печеночной и, особенно, мозговой ткани, между тем как в стенке желудка и тонкого кишечника они значительно менее интенсивны. Более того, в срезах, гомогенатах и экстрактах желудочной и кишечной (тонкой) ткани эти процессы резко подавляются. Показано, что в стенке желудка и тонкого кишечника синтезируются оперделенные вещества,

обладающие высокой антиоксидантной активностью. Эти факторы отличаются друг от друга, так, фактор из стенки желудка термостабилен, а в тонком кишечнике при термообработке он частично теряет свою активность. Эти факторы подавляют первичные процессы ПОЛ, не оказывая влияния на содержание образовавшихся в ходе инкубации продуктов ПОЛ. Установлено, что активность антиоксидантных факторов желудка и тонкого кишечника у животных с экспериментальной язвой желудка под действием радиации подавляется. Желудочно-кишечный тракт играет важную роль в сохранении на высоком уровне антиоксидантной системы организма, которая является важным компонентом иммунитета. Следует отметить, что пиродоксаль-5-фосфат и полиамины (путресцин, спермин, спермидин) также проявляют выраженную антиоксидантную активность.

9 с., библиогр. 12 назв.

Институт биохимии АН АрмССР

Полный текст статьи депонирован в ВНИИТИ
за № 959—В89 от 14/II 1989 г.

Поступила 17/V 1988 г.

УДК 616.14.00.27

А. С. ЗОГРАБЯН

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (ОХЗОБП) представляет значительные трудности. Основной особенностью неотложной хирургии является жесткий дефицит времени. Является бесспорным, что при всех ОХЗОБП эффективность лечения зависит в основном от срока его проведения. Следовательно, правильный и своевременный диагноз является основой высоких результатов проводимого лечения.

Наибольшее количество диагностических ошибок носит субъективный характер, т. е. всецело зависит от врача, его эрудиции, инициативы, добросовестности и чувства ответственности. Среди них определенное значение имеют небрежность и спешка в обследовании больного, плохое владение методами исследования, нелогичное осмысление полученных данных и неправильная формулировка диагноза.

Все диагностические ошибки рассмотрены как ошибки распознавания и возникновения. Ошибки распознавания делились на ложноположительные и ложноотрицательные, а ошибки возникновения — на зависящие от врачебных качеств и не зависящие от них.

Проанализировано 479 архивных историй болезней больных с ОХЗОБП. Ложноположительные диагнозы имели место у 47,6% больных, ложноотрицательные — у 3,1%. Диагностические ошибки, зависящие от врачебных качеств, составили 79,4%, а не зависящие от них — 20,6%.