

Влияние ацетилхолина на церебро-васкулярное сопротивление при экспериментальном гипопаратиреозе. Мартиросян Е. Г., Епископосян Н. Г. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 3—5.

В опытах на паратиреоэктомированных кошках с использованием метода резистографии установлено изменение реакции мозговых сосудов к ацетилхолину.

Понижение сопротивления сосудов мозга в ответ на введение различных доз ацетилхолина становится более отчетливым и зависит от степени гипокальциемии, а соответственно и тяжести гипопаратиреоза.

Таблица 1. Библиография: 7 названий.

К характеристике некоторых вопросов сократительной активности сердца в остром периоде инфаркта миокарда. Долабян З. Л., Оганесян Н. М. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 6—10.

Основываясь на патологических изменениях показателей фазовой структуры систолы сердца и параметров гемодинамики выявлена функциональная неполноценность сердца (синдром гиподинамии) в остром периоде инфаркта миокарда и прямая зависимость данного синдрома от объема инфарктированного миокарда. Обнаружена высокая корреляционная взаимосвязь между фазовыми и гемодинамическими показателями, что позволяет объективно судить о сократительной активности сердца и правильно интерпретировать те патогенетические механизмы, которые лежат в основе различных ранних проявлений сердечной недостаточности в остром периоде инфаркта миокарда с целью проведения адекватной, патогенетически обоснованной, целенаправленной активной терапии.

Таблиц 2. Библиография: 17 названий.

Ударный объем и сократительная способность миокарда при перегрузке левого желудочка давлением у больных врожденным аортальным стенозом. Сердюк Н. Г., Антонов О. С. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 11—14.

Обследовано 44 больных врожденным аортальным стенозом с площадью стенозирования от 0,157 до 0,785 см² в возрасте от 6 лет 3 мес. до 24 лет.

Выявлено укорочение периода напряжения и удлинение периода изгнания при этой патологии. По мере развития сердечной недостаточности у этих больных отмечается удлинение периода напряжения и укорочение периода изгнания с прохождением их через нормальные значения. Исследовалась максимальная скорость повышения давления во время изометрического сокращения $\Delta P/\Delta t$ макс. и индекс сократимости миокарда.

Таблиц 2. Библиография: 21 название.

Метаболическая характеристика и ферментный спектр при пороках сердца до и после хирургической коррекции. Абилов А. А., Джалилова И. Х. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 15—19.

У 79 больных с ревматическим пороком сердца с различной степенью нарушения кровообращения до и после хирургической коррекции в сыворотке крови исследовались активность аминотрансфераз, лактатдегидрогеназы и ее изоферментов, малатдегидрогеназы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, уровень лактата и пирувата.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что на основе анализа ферментного спектра можно судить о состоянии метаболизма миокарда в зависимости от тяжести нарушения кровообращения и оценить эффективность оперативного вмешательства.

Таблица 1. Библиографий: 8 названий.

УДК 616.11—089.85

Особенности гемодинамики у больных сдавливающим перикардитом на разных этапах хирургического лечения. Татаренко А. С., Блау Ю. И. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 20—24.

Анализируя полученные данные, авторы пришли к выводу, что восстановление гемодинамики раньше наступает у больных с массивным выпотом в полости перикарда, чем у других больных. Эффективность хирургической реабилитации наиболее выражена у этих больных, уже в ближайшие сроки после радикальной резекции перикарда, в то время как у больных с обызвествлением перикарда восстановление гемодинамики более медленное и только в отдаленные сроки наступает полное восстановление.

Таким образом, ранняя радикальная резекция перикарда на стадии массивного выпота у больных сдавливающим перикардитом ведет к полному восстановлению гемодинамики и предупреждает поражение миокарда.

Иллюстраций 4. Библиография: 4 названия.

УДК 616.12—089

Динамика рентгенологических изменений малого круга кровообращения и полостей сердца на отдаленных сроках после закрытия артериального протока. Мазаев П. Н., Гришкевич А. М. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 25—29.

Анализ полученных данных показал, что положительная динамика рентгенологической картины начинается через 3—4 месяца после операции и выражается в уменьшении размеров сердца за счет уменьшения левого предсердия и левого желудочка. Через полтора-два года после закрытия протока нормализуется легочный рисунок, уменьшается калибр артериальных ветвей легкого и восстанавливаются нормальные размеры левых полостей сердца. Уменьшение размеров правого желудочка наступало у 78,6% больных через 3—6 лет после операции.

Нормализация рентгенологической картины после операции зависела от степени гемодинамических нарушений и возраста больных до операции и сроков после коррекции порока.

Таблица 1. Библиография: 7 названий.

Биохимия и морфология ишемизированной конечности при экспериментальной окклюзии трифуркации аорты. Истомин Н. П., Петухов Е. Б. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1979 г., XII, № 2, стр. 30—33.

В эксперименте на 25 собаках исследованы особенности процесса развития некроза в мышечной ткани в условиях частично сохраненного кровоснабжения в течение 6 и 12 часов. Изменения метаболизма ишемизированной конечности оценивались по артерио-венозной разнице показателей кислотно-щелочного состояния, глюкозы, лактата, пирувата, электролитов, по исследованию тканевого дыхания и по данным гистохимии. Результаты сопоставлены с данными морфологического изучения ишемизированной мышечной ткани.

Установлено, что уже через 6 час. ишемии появляются очаги некроза.

Таблиц 2. Библиография: 9 названий.