

Динамический прогноз основных осложнений острого инфаркта миокарда с применением дискриминантного анализа и ЭВМ. Яковлев Г. М., Ардашев В. Н. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 8—13.

Изучена клиническая картина первых трех дней болезни у 404 больных острым трансмуральным инфарктом миокарда. С применением дискриминантного анализа (программа ВМДР 7 М) получено решающее правило для прогноза неосложненного течения болезни и основных осложнений. Проверка решающего правила на группе контроля позволила получить 86% правильных ответов. Особенностью данного подхода является одновременное прогнозирование основных осложнений инфаркта миокарда, ранжирование вероятности появления каждого из осложнений и уточнение прогноза в динамике течения заболевания.

Таблиц 3. Библиография: 19 названий.

Роль артериальной гипертонии и некоторых факторов риска в возникновении ишемической болезни сердца. Акопян А. Х., Чандирли А. А. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 14—17.

Полученные результаты исследований показали, что артериальная гипертония и артериальное давление в пределах «опасной зоны» наблюдается в основном среди лиц с гиперстенической конституцией. С возрастом количество случаев с артериальной гипертонией возрастает, а больший процент случаев с артериальным давлением в пределах «опасной зоны» приходится на возрастную группу 30—39 лет. При артериальной гипертонии ИБС встречается более чем в 4 раза чаще, чем среди общего числа обследованных. Риск заболевания ИБС у лиц с артериальным давлением в пределах «опасной зоны» занимает промежуточное положение, значительно превышая его для лиц с нормальным артериальным давлением.

Библиография: 1 название.

К оценке скоростных показателей деполяризации и реполяризации желудочков при ишемической болезни сердца. Карамов К. С., Базиян Ж. А. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 18—23.

У 80 больных ишемической болезнью сердца и у 50 клинически здоровых лиц изучены отношения максимальных скоростей изменения разности потенциалов в период ранней и поздней деполяризации и реполяризации желудочков сердца. Обнаруженные критерии могут быть использованы для оценки свежести поражения миокарда. У больных ишемической болезнью сердца при сердечной недостаточности обнаруживается уменьшение скорости изменения разности потенциалов в раннем периоде деполяризации желудочков. Обнаруженные критерии могут быть использованы для определения скрытой сердечной слабости.

Таблиц 2. Библиография: 17 названий.

Комбинированное применение оксифедрина и пропранолола при лечении больных хронической ишемической болезнью сердца. Кипшидзе Н. Н., Чумбуридзе В. Б. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 24—27.

В исследование включено 30 больных мужского пола с типичной клинической картиной коронарной недостаточности, подтвержденной посредством нагрузочного теста на велоэргометре. Пропранолол применяли в дозе 80—280 мг в сутки, оксифедрин 72—96 мг в сутки. Для исследования центральной гемодинамики проводили радиокардиографию в контрольном периоде, а также на 3—4-й неделе после одновременного назначения препаратов.

Показатели центральной гемодинамики на фоне лечения (ударный объем, минутный объем, соответствующие индексы и др.) у большинства больных возрасли, что принципиально противоположно изменениям, наблюдавшимся при изолированном введении β -блокаторов.

Библиография: 4 названия.

О значении электрофизиологических критериев в оценке недостаточности сердца при гипертрофии миокарда. Долабчян З. Л., Оганесян Н. М. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 28—33.

Проведены экспериментальные исследования с целью изучения электрофизиологических критериев гипертрофии миокарда желудочков в оценке недостаточности сердца.

Выдвигается положение о том, что в поздних стадиях развития гипертрофии миокарда электрические критерии дают представление о функциональном состоянии миокарда, о степени сердечной недостаточности. Объем и характер информативности этих критериев меняются в зависимости от степени гипертрофии миокарда.

Таблица 1. Библиография: 9 названий.

Преимущество использования общего давления перед развиваемым при оценке сократимости в фазу изометрического сокращения. Петров А. А., Честухин В. В. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 34—37.

Методом катетеризации левого желудочка у здоровых людей и больных с сердечной патологией различной степени компенсации, определяемой по реакции dp/dt_{max} на введение новодрина, рассчитывали индекс сократимости $dp/dt_{max} / P$ с использованием общего и развиваемого давления.

Выявлено, что индекс сократимости $dp/dt_{max} / P$ с использованием общего давления более объективно отражает исходное состояние сократимости. Динамику реакции этого индекса, для выявления резерва сократимости, удовлетворительно отражают индексы с использованием как общего, так и развиваемого давления.

Таблица 1. Библиография: 12 названий.

УДК 612.76:611.12.001.57.004.14

Морфобиомеханическая модель левого желудочка сердца и возможности ее прикладного использования. Коваленко В. Н. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 38—42.

По данным морфологического изучения ориентации волокон миокарда и экспериментального исследования биомеханики сокращения сердечной стенки разработана модель левого желудочка в виде толстой оболочки с известной структурой и биомеханикой сокращения. Структура волокон миокарда в модели представлена коэффициентом, характеризующим соотношение циркулярных и продольных волокон миокарда, а биомеханика—соотношением амплитуд продольного и циркулярного сокращения сердечной стенки. На основе модели по данным эхокардиографического исследования предлагается расчет удельной амплитуды циркулярного и продольного сокращения стенки левого желудочка и расчет напряжения сердечной стенки.

Иллюстраций 1. Библиография: 14 названий.

УДК 616.12—008.331.1—07:616.131—008.1

Взаимоотношения между системной гипертензией, бронхиальным сопротивлением и нарушениями легочной гемодинамики у больных гипертонической болезнью. Дегтярева З. Я., Катюхин В. Н. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 43—48.

У 84 больных гипертонической болезнью проведены пробы с астмопентом, кислородом, гипоксией, натуживанием. Ликвидация бронхоспазма и альвеолярной гиповентиляции не меняла системную гемодинамику и артериальное давление. Увеличение альвеолярной гипоксии и повышение давления в малом круге кровообращения могут существенно влиять на гемодинамические соотношения в большом круге кровообращения. При этом имеются подтверждения пресорного влияния рефлексов с сосудов легких, пусковым механизмом которых является уменьшение объема и потока крови в системе легочной артерии за счет гипертензии в легочных венах, а не подъем легочного артериального давления.

Таблица 1. Библиография: 8 названий.

УДК 616.12—007.2—089—152.21

Респираторная гипоксия как осложнение острой сердечной недостаточности у больных приобретенными пороками сердца, оперированных с искусственным кровообращением. Цыганов А. А., Кривенский В. В. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1981 г., XIV, № 5, стр. 49—53.

Изучались некоторые особенности газообмена при острой сердечной недостаточности различной выраженности у 148 больных, оперированных с АИК по поводу приобретенных пороков сердца. Установлено, что при прогрессировании ОСН у больных с протезированием клапанов сердца наряду с сердечной нарастает респираторная недостаточность, в патогенезе которой важную роль играет внутрилегочное право-левое артерио-венозное шунтирование кровотока. Показатели кислотно-щелочного состояния при постоянной их коррекции не имеют диагностического значения в суждениях о тяжести ОСН. Наиболее информативными являются снижение P_aO_2 и S_aO_2 а также увеличение внутрилегочного шунтирования кровотока.

Таблиц 1. Библиография: 4 названия.