

Функциональная морфология миокарда при центральной контрпульсации на фоне острой сердечной недостаточности. Рогов К. А., Амосов Г. Г. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 3—8.

Описаны результаты 12 экспериментов по изучению динамики ультраструктурных изменений миокарда при развитии острой сердечной недостаточности и ее лечении с помощью центральной контрпульсации. Развитие ОСН вызывали перевязкой ветви левой коронарной артерии. Исследовали участки сократительного миокарда, удаленные от зоны ишемии. Отмечено, что компенсаторные возможности миокарда во многом определяются состоянием функциональной морфологии этих участков. На основании результатов исследования авторы приходят к заключению о высокой эффективности КП в лечении ОСН. Под влиянием КП отмечено улучшение биоэнергетики миокарда и восстановление обратимых повреждений его ультраструктуры.

Иллюстраций 3. Библиография: 10 названий.

Ранние ультраструктурные повреждения миокарда под влиянием эндотоксического шока: контрактуры миофибрилл и внутриклеточной миоцитоллизис. Бардахчян Э. А., Бочков Н. Н. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 9—13.

Авторами установлено, что наличие участков контрактурных повреждений и миоцитоллизиса в сочетании с расстройствами капиллярной диффузии и гипоперфузии тканей вследствие возникновения коагулопатии создает условия для развития острой сердечно-сосудистой недостаточности. В этой связи становится понятным, что образующийся при определенных условиях в больших количествах эндогенный эндотоксин способен стать причиной деструкции миокарда у больных с септическим шоком.

Иллюстраций 2. Библиография: 19 названий.

Зависимость показателей сократимости миокарда желудочков сердца от частоты сердечных сокращений. Н. Г. Сердюк, Л. Ф. Шердукалова и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 14—17.

Исследовалась зависимость показателей сократительной способности миокарда желудочков сердца ($\Delta P/\Delta t$ макс., ИСМ) от частоты сердечных сокращений. Выявлено, что кривые этой зависимости у больных пороками сердца в общей массе и у здоровых лиц приближаются друг к другу. С увеличением частоты сердцебиения исследованные показатели сократимости возрастают с последующим снижением по мере дальнейшего увеличения ЧСС. Показано, что одна и та же величина показателей сократимости при разных частотах может указывать как на нормальную сократимость миокарда, так и на ее снижение или даже повышение. Делается вывод о необходимости нормировать показатели сократимости ЧСС. Для этого предлагается пользоваться полученными графиками зависимости $\Delta P/\Delta t$ макс. и ИСМ от частоты сердечных сокращений.

Иллюстраций 2. Таблица 1. Библиография: 7 названий.

Динамика гемореологических сдвигов у больных с инфарктом миокарда. Бадалян Г. О., Тунян Ю. С. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 18—20.

Изучалась агрегация и дезагрегация тромбоцитов в динамике заболевания у 30 больных инфарктом миокарда. Установлено, что в острый период инфаркта миокарда агрегация тромбоцитов выражено повышается, на 10-й день заболевания она продолжает расти, между тем как с 20-го дня наблюдается тенденция к нормализации, хотя полного восстановления на 30—40-й дни заболевания не наблюдается. Дезагрегация тромбоцитов в острый период инфаркта миокарда, напротив, снижается, что проявляется наиболее отчетливо на 10-й день заболевания. На 20-й день дезагрегация растет, не достигая однако нормальных величин к 40-му дню заболевания.

Таблица 1. Библиография: 6 названий.

О взаимоотношении между активацией калликреин-кининовой системы и гемодинамической функцией ишемизированного миокарда с последующей терапией некоторыми кардиогенными веществами. Чумбурдзе И. Т., Коротков А. А. и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 21—26.

На основе сопоставления в эксперименте и у больных показателей калликреин-кининовой системы (ККС), сократимости ишемизированного миокарда, общей внутрисердечной гемодинамики показана прямая зависимость степени активации ККС от тяжести течения острой ишемии и инфаркта миокарда, величины снижения сердечного выброса и выраженности ангинозного статуса. Улучшение сократимости и гемодинамики, сопровождающееся повышением сердечного выброса, под воздействием допамина и инозина способствует уменьшению активации ККС при кардиогенном шоке.

Иллюстраций 2. Таблиц 2. Библиография: 14 названий.

Изменение параметров аорты при сердечно-сосудистых заболеваниях. Тихонов К. Б., Петренко И. Е. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 27—28.

Произведены измерения параметров аорты на рентгенограммах грудной клетки 123 больных гипертонической болезнью, аортальным стенозом, аортальной недостаточностью, коарктацией дуги аорты (взрослый тип) и миокардитом. Контрольную группу составили 57 больных такого же возраста, которым произведены рентгенограммы по поводу пневмонии. Рентгенография осуществлялась в задне-передней проекции при расстоянии фокус-пленка 1,5 м. Наиболее информативным параметром дуги аорты является ширина ее справа: она достоверно увеличена во всех группах больных, за исключением миокардита. Высота аорты достоверно увеличена при гипертонической болезни и аортальном стенозе. Увеличение проступания аорты слева характерно для гипертонической болезни. Дополнительную информацию дает кардио-торакальное отношение.

Иллюстрация 1. Таблица 1. Библиография: 11 названий.

УДК 616.12—007—053.1:611.94

Хирургическая анатомия папиллярно-хордального аппарата правого желудочка при тетраде Фалло. Е. Н. Мешалкин, Е. Е. Литасова и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 29—34.

Исследовались препараты сердца 48 больных тетрадой Фалло, подвергшихся кардиохирургическим операциям. Установлено преобладание (в 2,4 раза по сравнению с нормой) варианта с большим количеством папиллярных мышц, а также отмечены (в 39,6% случаев) необычные формы строения папиллярно-хордального аппарата.

Знание анатомо-топографических особенностей строения папиллярно-хордального аппарата дает возможность правильно ориентироваться в выборе доступа к полости правого желудочка.

Иллюстраций 4. Таблица 1. Библиография: 15 названий.

УДК 612.841.1—06:616.61—008.64—08

Изменения микроциркуляторного русла бульбарной конъюнктивы у больных хронической почечной недостаточностью в процессе лечения их программным гемодиализом. Л. Ф. Шердукалова, Р. А. Ованесян и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 35—40.

При изучении состояния микроциркуляции бульбokonъюнктивы показано, что у больных I группы с менее выраженными изменениями микроциркуляции однократный сеанс гемодиализа оказывает существенно положительный эффект. Гемодиализ малоэффективен у больных с далеко зашедшими дегенеративными изменениями микроциркуляции. Это указывает на различие адаптивных компенсаторных механизмов системы микроциркуляции между двумя вышеуказанными группами больных и может быть использовано при решении вопроса о показаниях к пересадке почки.

Таблица 1. Иллюстрация 1. Библиография: 8 названий.

УДК 616.1+616.711—003.86—085.83

Влияние однократных физиобальнеопроцедур на сердечно-сосудистую систему больных с корешковым синдромом остеохондроза позвоночника. Чилингарян Р. А., Бахшиян К. С. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982 г., XV, № 3, стр. 41—43.

В представленной статье на основе однократных клинико-ЭКГ исследований сердечно-сосудистой системы обоснована возможность последовательного применения бальнео-физиофакторов: диадинамифореза трипсина и радоновых ванн в один и тот же день у больных с корешковым синдромом остеохондроза позвоночника.

Таблица 1. Библиография: 2 названия.

УДК 616.14—005.6—085.1

Илеофemorальные флеботромбозы и результаты медикаментозного лечения. М. Б. Аюнц, А. З. Карапетян и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1982, XV, № 3, стр. 44—48.

У 73 больных с подвздошно-бедренным венозным тромбозом проведено медикаментозное лечение, показанием к которому явилась поздняя диагностика и госпитализация больных, что исключило хирургическую кор-

рекицию. Хорошие результаты отмечались у 54, удовлетворительные—у 20 и неудовлетворительные—у 26% больных. Для профилактики эмболических осложнений (8,3%) большое значение имеет своевременное и правильное ведение антикоагулянтной и фибринолитической терапии в сочетании с хирургическими методами восстановления нарушенного венозного кровообращения.

Иллюстраций 3. Таблиц 2. Библиография: 3 названия.