

УДК 612.284:615.211

*Влияние строфантина на кровообращение мозга.* Л. Г. Миллер. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 3—6.

На наркотизированных кошках изучено действие строфантина на общий и локальный мозговой кровоток, тонус сосудов мозга, а также  $pO_2$  в коре мозга. Установлено, что строфантин при внутривенном введении оказывает фазное действие на общий кровоток и доставку кислорода к мозгу: кратковременное повышение сменяется длительным прогрессирующим снижением. Замедление локального кровотока в коре мозга было менее выражено. Снижение церебрального кровотока обусловлено констрикторным эффектом строфантина, что подтверждено в опытах с аутоперфузией сосудов мозга и в условиях стабилизированного давления в сонных артериях. Обсуждаются механизмы повышения строфантином тонуса сосудов мозга.

Иллюстраций 2. Библиография: 19 названий.

УДК 612.172/173.4:616.12—007

*Зависимость показателей сократительной функции миокарда от конечно-диастолического давления в полости желудочков в норме и у больных пороками сердца.* Н. Г. Сердюк, Л. Ф. Шердукалова и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 7—11.

Исследовалась зависимость показателей сократительной способности миокарда желудочков сердца ( $\Delta P/\Delta t$  макс., ИСМ) от уровня конечно-диастолического давления в полости желудочков. Выявлено, что кривые исследованной зависимости в норме и при различных пороках в общей массе приближаются друг к другу. Как в норме, так и при патологии с повышением КДД показатели сократимости возрастают до определенного предела с последующим снижением при дальнейшем возрастании КДД. Делается вывод о возможности нормировать показатели сократимости по эмпирическим графикам зависимости  $\Delta P/\Delta t$  макс. и ИСМ от КДД.

Иллюстраций 2. Таблица 1. Библиография: 6 названий.

УДК 612.216.8+612.216.2

*Регионарная регуляция основных легочных функций.* М. А. Гайдес. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 12—15.

Автором предложена новая концепция, согласно которой альвеолярный газообмен и артериализация крови происходят в тех альвеолах, в которых есть перфузия, но нет вентиляции. После того, как газовый состав в этих альвеолах достигнет гипоксического и гиперкапнического состояния, кровоток от них отключается и начинается их проветривание, т. е. вентиляция. Основным регулятором является рефлекс Эйлера. Новая концепция подподтверждена экспериментами с заливкой латекса разного цвета в сосудистое и бронхоальвеолярное дерево легких, взятых у забитых здоровых собак, с последующей коррозионной препаратом в сильной кислоте.

Библиография: 14 названий.

*Современные принципы лечения гипертонической болезни.* С. В. Гургенян, Е. С. Микаелян и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 15—20.

Обследованы 125 больных гипертонической болезнью I и II стадий методом радиокордиографии. В пределах каждой стадии обнаружены различные гемодинамические типы кровообращения: гиперкинетический, нормокинетический и гипокинетический. Антигипертензивная терапия осуществлялась по «трехступенчатой медикаментозной программе».

Под влиянием антигипертензивной терапии стойкий гипотензивный эффект сопровождался полной или частичной нормализацией гемодинамических параметров в течение кратковременного курса лечения.

Таблиц 2. Библиография: 11 названий.

*Применение тримекана в кардиологической клинике.* Н. Н. Худабабян, С. А. Исаакян и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 20—24.

Приведены данные о применении тримекана в комплексе патогенетической терапии у больных с недостаточностью сердца и нарушением ритма—экстрасистолией и тахисистолической формой мерцательной аритмии. В Институте кардиологии МЗ Арм. ССР широко применяется анестезия 1—2% раствором тримекана при тонзиллэктомии, выполняемой по показаниям в комплексе лечения больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Тримеканп является эффективным антиаритмическим препаратом в целях профилактики и купирования электрической нестабильности сердца, особенно в случаях желудочковой экстрасистолии и, в частности, у больных различными проявлениями ИБС.

Библиография: 23 названия.

*Обмен ионов в миокарде у больных с сужением левого венозного отверстия при различных степенях нарушения кровоснабжения в процессе реконструктивных операций.* А. Р. Мурадян, Т. Л. Арутюнян и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 24—30.

Установлено, что у больных с сужением левого венозного отверстия по мере нарастания гипоксии и понижения миокардиального кровотока в миокарде создаются неблагоприятные условия для обеспечения равновесия ионов в биологических средах. В связи с этим авторами сделан вывод о том, что исследование больных в предлагаемом плане позволяет составить представление о транспорте ионов коронарного синуса, оценить эффективность митральной комиссуротомии и предложить корректирующую терапию.

Таблиц 2. Библиография: 18 названий.

*Гемодинамика малого круга кровообращения у больных до и в ранний период после протезирования митрального клапана.* Э. М. Николаенко. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 30—35.

При исследовании 42 больных до и в первые трое суток после протезирования митрального клапана (ПМК) показано, что у больных с непропорционально высокой легочной гипертензией СИ ниже, а сопротивление легочных сосудов (СЛС) и индекс работы правого желудочка выше, чем у больных с умеренной гипертензией. ДЛА у них снижается сразу после операции лишь пропорционально снижению давления в левом предсердии. Рефлекторная вазоконстрикция ликвидируется через сутки после ПМК, а для полной реадaptации МКК нужен более длительный срок. Пролонгированная ИВЛ не оказывает влияния на общую тенденцию снижения СЛС после ПМК. Вероятность острой послеоперационной сердечной недостаточности оказалась достоверно выше у больных с высокой легочной гипертензией, у которых СИ исходно был ниже  $2,0 \text{ л/мин}^{-1}/\text{м}^2$ .

Таблица 1. Иллюстраций 3. Библиография: 19 названий.

УДК 616.149—008.341.1.612.13

*Влияние некоторых артериализирующих операций и дренирования грудного лимфатического протока на состояние центральной гемодинамики у больных с синдромом портальной гипертензии.* П. М. Хамидов, К. С. Далимов и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 35—37.

У больных циррозом печени с портальной гипертензией имеется гиперкинетическое состояние центральной гемодинамики, которое сопровождается увеличением объема циркулирующей крови, плазмы и эритроцитов. Увеличивается минутный объем сердца при низком общем периферическом сопротивлении сосудов. Перевязка селезеночной артерии в сочетании с перевязкой левой желудочной и денервацией печеночной артерий не оказывает влияния на центральную гемодинамику, тогда как внутреннее дренирование грудного лимфатического протока улучшает ее показатели.

Библиография: 8 названий.

УДК 616.13—002.18:617.58—005.4—089.873

*Полярографическое определение напряжения кислорода в тканях конечности при облитерирующих заболеваниях артерий для выбора уровня ампутации.* В. Я. Золоторевский. Кровообращение АН Арм. ССР, 1983 г., XVI, № 4, стр. 39—43.

При облитерирующих заболеваниях артерий конечностей у больных с гангренозной стадией производят ампутацию на уровне голени или стопы. Такая операция эффективна при объективизации показаний. Дополнительным методом, позволяющим уточнить уровень усечения конечности, является метод полярографической регистрации кислорода в тканях. Ампутация дает положительный результат при исходной цифре содержания кислорода в тканях, равной на голени 10 мм рт. ст., на стопе—15.