

Простагландины F_2 плазмы крови при неосложненных и осложненных формах заживления экспериментального инфаркта миокарда. В. Н. Сокрут, Н. И. Яблучанский и др. Кровообращение АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 3—6.

На 36 собаках инфаркт миокарда (ИМ) моделировали под общим наркозом после торакотомии перевязкой передней межжелудочковой артерии в верхней и средней трети. Гипер- и гипореактивный ИМ получали введением животным в первую неделю после операции препаратов, повышающих и понижающих интенсивность воспаления, при нормореактивном ИМ—эти препараты не применялись. Показано, что при осложненном заживлении ИМ вне зависимости от его формы (гипер-, гипореактивный) происходит снижение уровня простагландинов F_2 . Степень его снижения меньше при гипер- и больше при гипореактивном ИМ.

Иллюстрация 1. Библиография: 8 названий.

Роль мембранного оксигенатора и гепаринового покрытия перфузионного контура в стабилизации послеоперационного гемостаза у больных с кардиохирургическими заболеваниями. Д. Д. Черкас, Е. С. Сафонов и др. Кровообращение АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 6—12.

Обобщен опыт 65 операций на открытом сердце. Использовались мембранные, контактные оксигенаторы и различные по тромбогенности перфузионные контуры; наименьшая послеоперационная кровопотеря по дренажам, большая сохранность при операциях на открытом сердце и более быстрое количественное и функциональное восстановление клеточного состава крови было получено при использовании МО и покрытых гепарином перфузионных систем. Опыт проведения искусственного кровообращения с усовершенствованными перфузионными системами подтвердил перспективность использования полимеров с гепариновым покрытием.

Таблица 2. Библиография: 8 названий.

Калликреин-кининовая и свертывающая системы крови на различных стадиях инфаркта миокарда. И. И. Мягков, В. Р. Троцюк, и др. Кровообращение, АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 12—18.

Нами обследованы больные инфарктом миокарда в различные периоды и этапы его физической реабилитации. В работе показано, что активность калликреин-кининовой системы крови больше выражена в острой стадии инфаркта миокарда; в период рубцевания и на санаторно-курортном и поликлиническом этапах она постепенно приходит к норме, за исключением инфаркта миокарда, развившегося на фоне артериальной гипертензии, где темп нормализации был более замедленным. Что же касается исследований некоторых показателей свертывающей системы, то в наших исследованиях у большинства больных инфарктом миокарда отмечался гиперкоагуляционный синдром. При этом достоверно увеличился протромбиновый индекс, время потребления протромбина; вре-

мля рекальцификации, толерантность плазмы к гепарину и уровень свободного гепарина, наоборот, уменьшались.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о значительной активации ферментных систем у больных инфарктом миокарда, особенно в острой его стадии, которые участвуют в освобождении кининов и изменении гемостаза в сторону гиперкоагуляции.

Таблиц 2. Библиография: 15 названий.

УДК 616.12—009—72—079.4

Результаты корреляционного анализа как математическое доказательство вегетативной дисрегуляции у больных нейро-циркуляторной дистонией. Р. С. Габриелян, А. А. Налян и др. Кровообращение АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 18—22.

У 42 больных НЦД и 21 больного атипичной начальной формой ИБС проводилась активная ортоклиностагическая проба и велоэргометрия по методу прерывисто-возрастающей нагрузки. Изучены корреляционные связи между различными параметрами (напр., САД и ΣR), а между различными величинами одного и того же параметра на различных этапах нагрузки. По результатам ортостатической пробы различий между группами не выявлено, а по данным ВЭМ-теста выявлены высокие коэффициенты корреляции в группе ИБС и соответственно низкие, меняющие свой знак в группе больных НЦД. Результаты данного анализа рассматриваются как математическое доказательство о нарушении вегетативной регуляции сердечной деятельности при нейро-циркуляторной дистонии.

Иллюстраций: 3. Библиография: 4 названия.

УДК 616.12—008.331.1—07

Психорелаксационный и медикаментозный методы в лечении больных пограничной и мягкой гипертонией. С. В. Гургенян, Г. В. Погосова, и др. Кровообращение, АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 22—26.

Обследованы 32 больных пограничной гипертонией (ПГ) и мягкой формой гипертонической болезни (ГБ). Дважды проводилось исследование гемодинамики методами радиокордиографии и эхокардиографии. 16 больных получали курс релаксационной терапии (РТ)—основная группа и 16 больных—курс лечения окспренололом (контрольная группа).

Показано, что гипотензивный эффект РТ и окспренолола сопоставимы друг с другом при лечении больных ПГ и мягкой формой ГБ. В основной группе наблюдалось достоверное снижение частоты сердечных сокращений и периферического сопротивления, в контрольной группе—достоверное снижение сердечного индекса. Исходя из этого, РТ можно признать как изолированный метод при лечении больных ранних стадий артериальной гипертонии.

Таблица 1. Библиография: 13 названий.

УДК 616.12—005.4—053

Влияние различных факторов риска на физическую работоспособность больных ИБС молодого-зрелого и среднего возрастов. А. В. Давтян. Кровообращение, АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 26—30.

У 219 больных проведено велоэргометрическое исследование. Выяс-

нено, что удельный вес отрицательного воздействия различных факторов риска меняется параллельно возрасту. При одновременном наличии нескольких факторов риска усиливается их отрицательное влияние.

Таблиц 2. Библиография: 4 названия.

УДК 616.12—005.4.004.58—072.7

Влияние различных факторов на физическую работоспособность больных ИБС. Ш. Г. Мартиросян. Кровообращение АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 31—35.

Изучено влияние стадии развития ИБС, локализации рубцовых изменений миокарда и возраста на физическую работоспособность сердца у 211 больных.

Использован метод велоэргометрии с анализом гемодинамических сдвигов и основных параметров физической переносимости сердца, проведен корреляционный анализ между этими показателями и вышеуказанными факторами клинико-биологического характера, а также основным видом труда. Установлено, что между уровнем физической работоспособности сердца, стадией развития заболевания, локализацией постинфарктных рубцовых изменений, возрастом и основным видом труда имеется тесная взаимосвязь.

Следовательно, все эти факторы необходимо учитывать при решении вопросов трудоустройства больных ИБС.

Библиография: 12 названий.

УДК 612.13—007—73.96

Методика определения скорости распространения пульсовой волны по интервалу зубец S электрокардиограммы тон Короткова. И. И. Мирущенко. Кровообращение. АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 35—39.

Синхронная регистрация электрокардиограммы и звуков Короткова позволяет определить время распространения пульсовой волны на расстоянии сердце-микрофон, а также величину градиента интервала S-K во время декомпрессии конечности. Время рассчитывают по интервалу зубец S ЭКГ-звук Короткова (ФАГ). Измеряют расстояние от точки проекции устья аорты на передней грудной стенке до микрофона, расположенного на верхней или нижней конечности. Подставляют полученные значения в классическую формулу получают значения скорости распространения пульсовой волны. Градиент интервала S-K служит дополнительным источником информации для оценки упруго-эластических свойств стенки артериальных сосудов.

Иллюстрация 1. Библиография: 17 названий.

УДК 616—36—002+616.36—004—06:616.24—008.6

Взаимосвязь легочного кровотока, общей гемодинамики и портального кровообращения у больных хроническим гепатитом и циррозом печени. Л. П. Воробьев, И. В. Маев, и др. Кровообращение АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 39—43.

В статье приводятся данные о состоянии центральной, печеночной и легочной гемодинамики у больных хроническим гепатитом и циррозом

печени. Из полученных результатов следует, что при хроническом гепатите и особенно циррозе печени имеет место развитие гиперкинетического типа гемодинамики и легочной гипертензии, степень выраженности которых прямо коррелирует со степенью портальной гипертензии и активностью патологического процесса в печени, оказываясь более обратной при хроническом гепатите. Обусловленная легочной гипертензией гипоксическое повреждение печени в свою очередь может способствовать прогрессированию патологического процесса в последней и является важным фактором развития нарушений кровообращения у подобных больных.

Таблица 1. Библиография: 12 названий.

УДК 616.12—008.331:617.58—009.614—089.84

Антагонисты эндогенных вазоактивных субстанций в терапии нарушений гемодинамики после операций на магистральных артериях нижних конечностей. И. Н. Кирсанова, Л. А. Назырова, Кровообращение АН РА, 1991 г., XXIV, № 2, стр. 43—47.

В результате проведенных исследований у 47 больных с хроническими окклюзионными поражениями магистральных артерий, которым были выполнены реконструктивные сосудистые операции, установлено, что АГ в ближайшем послеоперационном периоде связана с увеличением ЭВАС вазоконстрикторного действия. Комбинация зуфиллина с обзиданом и внутривенные инфузии АТФ являются эффективными патогенетическими методами терапии нарушений гемодинамики, так как восстанавливают нормальные взаимоотношения ЭВАС, нарушенные под влиянием интраоперационных факторов.

Таблица 1. Библиография: 10 названий.