

Состояние микроциркуляции бульбоконъюнктивы у здоровых людей. Л. Ф. Шердукалова, В. Дж. Арутюнян. Кровообращение, АН РА, 1992, XXV, № 2, стр. 3—9.

У 75 практически здоровых людей различных возрастных групп было проведено исследование функциональной способности системы микроциркуляции (МЦ) пропускной возможности звеньев притока (артериол) и оттока (венул)—под воздействием велоэргометрической пробы (1,5 Вт/кг в течение 1 минуты при 20—25 оборотах). У всех испытуемых независимо от возраста был выявлен качественно однородный тип реакций микрососудов на физическую нагрузку (расширение диаметра артериол и сужение диаметра венул), характеризующий в процессе двух периодов эволюции адаптивных свойств системы МЦ.

Иллюстраций 3. Таблица 1. Библиография: 18 названий.

Показатели перекисного окисления липидов у больных гипертонической болезнью в зависимости от типа кровообращения при лечении анаприлином и гипотиазидом. Н. И. Ярема, Б. И. Рудык. Кровообращение АН РА, 1992, XXV, № 2, стр. 10—14.

У больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии изучали состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) в зависимости от типа кровообращения, а также изменение их показателей при разных гемодинамических типах в процессе комбинированной терапии анаприлином и гипотиазидом.

У больных ГБ II стадии установлено достоверное повышение содержания продуктов ПОЛ независимо от типа их гемодинамики, хотя более отчетливая тенденция к увеличению их отмечалась при гипокинетическом типе кровообращения. Одновременно выявлено снижение концентрации природных антиоксидантов. Авторы предполагают, что наряду с измерением в динамике уровня АД, контроль за ПОЛ и АОС поможет судить об эффективности проводимой терапии.

Библиография: 16 названий.

Вариационная пульсометрия при неосложненном и осложненном заживлении экспериментального инфаркта миокарда. В. Н. Сокрут, И. И. Яблучанский и др. Кровообращение, АН РА, 1992 г., XXV, № 2, стр. 14—18.

На 30 собаках инфаркт миокарда (ИМ) моделировали под общим наркозом после торакотомии перевязкой передней межжелудочковой артерии в верхней и средней трети. Осложненно заживающий гипер- и гипореактивный ИМ получали введением животным в первую неделю после операции препаратов, повышающих и понижаящих интенсивность воспаления, при неосложненном нормореактивном ИМ—эти препараты не применялись. Показано, что различные закономерности изменений вариационной пульсометрии (ВП) при разных формах заживления ИМ дают основания для ее использования в диагностических целях. Представляется целесообразным использование комплекса показателей ВП, так как по любому одному из них нельзя установить соответствие между ВП и состоянием реактивности.

Таблиц 2. Библиография: 8 названий.

Метод реполликардиографии в оценке функционального состояния миокарда левого желудочка у больных гипертонической болезнью в условиях ручной изометрической нагрузки М. И. Джанпашвили. Кровообращение АН РА, 1992 г., XXV, № 2 стр. 18—22.

Исследовано 20 мужчин с ГБ и 20 практически здоровых мужчин. Неинвазивный метод исследования—РеоПКГ с применением РИН дает высокую информацию о наличии инициальных признаков нарушений механической активности миокарда ЛЖ на ранних стадиях ГБ, которые усугубляются в динамике заболевания. В виде ранних признаков нарушений механической активности миокарда ЛЖ у больных ГБ предлагает следующий симптомо-комплекс, определенный с помощью АКГ и ее первой производной: повышение dp/dt_{max} параллельно с удлинением $t-\Delta АКГ$; снижение ИС. V_{CE} V_{cf} повышение КДД, параллельно со снижением ФВ.

Таблица 1. Библиография: 16 названий.

Использование результатов измерений полости левого желудочка сердца при прогнозировании эффективности реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда. М. Г. Ильин. Кровообращение, АН РА, 1992, XXV, 2, стр. 22—27.

У 335 больных, перенесших инфаркт миокарда, оценивалась эффективность восстановительного лечения на протяжении двух лет от начала заболевания с помощью показателей эхокардиографического исследования. Показано, что у больных, перенесших неосложненный инфаркт миокарда, значимым в определении эффективности восстановительного лечения оказались динамические показатели, по изменению величины конечно-диастолического объема в первые 6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда можно судить о снижении работоспособности на протяжении двух лет. У больных, перенесших повторный инфаркт миокарда, судить об отдаленной эффективности реабилитации можно по исходной величине конечно-диастолического объема. Разработана модель изменения работоспособности.

Таблица 1. Библиография: 12 названий.

Оценка эффективности длительного лечения у больных нестабильной стенокардией: возможности холтеровского мониторирования в сопоставлении с нагрузочными тестами. И. Э. Малиновская, В. К. Ташук. Кровообращение АН РА, 1992 г., XXV, № 2, стр. 27—30.

У 32 больных нестабильной стенокардией проведено комплексное обследование, включавшее холтеровское мониторирование, велоэргометрию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию, на основании результатов которого было подобрано лечение индивидуально для каждого больного. Через $6,8 \pm 0,5$ мес при повторном тестировании установлена эффективность длительного курсового лечения, обработанного при дестабилизации состояния. У большинства больных уменьшались частота и длительность болевой и безболевой ишемии миокарда по данным холтеровского мониторирования, что соответствовало повышению толерантности к физической нагрузке. Отмечена высокая сопоставимость суточного мониторинга с результатами нагрузочных тестов.

Библиография: 6 названий.

Случай трепетания предсердий с низкой частотой предсердных волн. А. И. Дядык, Н. Т. Ватутин и др. Кровообращение, АН РА, 1992 г., XXV, № 2, стр. 30—32.

Сообщается о больной 26 лет, страдавшей постмиокардитическим кардиосклерозом, у которой при наличии нормальных размеров полостей сердца (предсердий) и отсутствии медикаментозного воздействия было выявлено трепетание предсердий с необычно низкой частотой предсердных волн (180 в минуту). Характер предсердий аритмии подтвержден записью пищевого отведения электрокардиограммы и результатами электронимпульсной терапии, позволившей восстановить синусовый ритм.

Иллюстрация 1. Библиография: 8 названий.

Дыхательная функция при применении нубанна. Р. Т. Вирабян, Д. К. Тер-Микаелян и др. Кровообращение, АН РА, 1992 г., XXV, № 2, стр. 32—35.

У 12 больных с тромбооблитерирующими заболеваниями нижних конечностей, массой тела от 55 до 70 кг, изучена функция внешнего дыхания при подкожном введении 20—40 мг нубанна. Выявлено, что нубанн в применяемых дозировках не вызывает депрессию дыхания и поэтому его можно рекомендовать как компонент общей анестезии с сохраненным самостоятельным дыханием, а также в премедикации для снятия болевого синдрома.

Библиография: 4 названия.

О субклеточных механизмах цитотомии кардиомиоцитов при гипертрофии сердца человека. Н. С. Кукуртчан, Т. С. Аглинцян. Кровообращение АН РА, XXV, № 2, стр. 35—40.

Проведено электронномикроскопическое исследование миокарда больных врожденными и приобретенными пороками. В ходе исследования больных были получены доказательства, подтверждающие существующее в литературе мнение о возможном amitotическом делении ядер. Показаны механизмы цитотомии структурно неповрежденных двуядерных кардиомиоцитов за счет поперечной и продольной инвагинации сарколеммы, разрастания и слияния элементов Т-системы в продольном направлении и формирования типичных вставочных дисков с десмосомальным типом контакта мембран. В результате неравномерной цитотомии могут образоваться клетки разных размеров и с различным набором органелл, а также безъядерные, по-видимому, нежизнеспособные фрагменты цитоплазмы.

Иллюстрация 3. Библиография: 17 названий.