

мональных систем, что усиливает гликогенолиз в органах и приводит к развитию гипергликемии. Это катаболическая фаза стресса. К 10-му дню гиподинамии наступает фаза резистентности. Усиливаются анаболические процессы—идет восстановление израсходованных углеводов в органах. Но к 20-му дню иммобилизации наблюдается разбалансированность адаптивных систем, признаки дисфункции вегетативных отделов нервной системы, уменьшение выработки адаптивных гормонов, отражением чего является гипогликемия и полное истощение углеводных резервов в печени.

с. 6; библиогр. 20 назв.

Кафедра патофизиологии ЕрМИ

Полный текст статьи депонирован в ВИНТИ за № 5920—В89 от 15.09.1989 г.

Поступила 24/I 1989 г.

УДК 616.37—002.1—08

Р. А. ГРИГОРЯН, В. М. АРУТЮНЯН

НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗЛИТОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ

Исследования последних лет показали, что разлитой перитонит сопровождается тяжелыми нарушениями гемодинамики. Возникая до операции, они прогрессивно нарастают и становятся наиболее частой причиной серьезных осложнений в послеоперационном периоде и неблагоприятного исхода заболевания. Отмечено, что эти нарушения обусловлены главным образом гиповолемией, вазо- и кардиоплегическим действием токсинов, вазоконстрикцией вследствие усиленной продукции катехоламинов, а также повышенной продукции (в поздней стадии) гистамина, активации калликреин-кининовой системы и брадикинина—одного из мощных вазоактивных гормонов. Под действием этих факторов происходят расстройство периферического кровообращения и централизация его, уменьшение притока крови к сердцу, нарушение перфузии органов и тканей, развитие полиорганной недостаточности. В поздней (терминальной) стадии перитонита гемодинамические нарушения становятся глубоко декомпенсированными, требующими неотложной интенсивной коррекции. Главными принципами ее являются восполнение объема циркулирующей крови и его стабилизация восстановлением онко- и осмотического давления плазмы. Лишь массивной интенсивной инфузионной терапией (в объеме 80—120 мл/кг массы тела больного) с применением онкотически, реологически, волемически активных и улучшающих микроциркуляцию кровезаменителей и с учетом темпа их введения, возраста больного, функциональных возможностей правого желудочка, типа нарушения кровообращения можно добиться стойкого устранения гемодинамических расстройств.

с. 17, библиогр. 75 назв.

Кафедра терапии внутренних болезней № 2 ЕрМИ

Полный текст статьи депонирован в ВИНТИ за № Д-18706 от 30.10.1989 г.

Поступила 13/II 1989 г.