

УДК 616.12

Регистрация изменений площади участка эпикарда. В. А. Сандриков, В. Ф. Яковлев и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 3—6.

Описана методика регистрации площади участка эпикарда у собак. Наблюдали уменьшение площади участка эпикарда во время повышения давления в желудочке и увеличение площади при снижении внутрижелудочкового давления. Минимальные значения площади совпадают с закрытием аортального клапана. Сопоставление чувствительности предлагаемой методики со стандартной гемодинамической при острой ишемии миокарда выявило преимущество регистрации изменений площади участка эпикарда. Охарактеризованы основные источники ошибок при оценке площади участка эпикарда.

Таблица 1. Иллюстрация 1. Библиография: 4 названия.

УДК 616.127—005.8—036.11—073.48

Сегментарная функция левого желудочка при остром инфаркте миокарда. Р. А. Чарчоглян, А. П. Голиква и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 7—12.

Установлено, что количественная оценка показателей сегментарной сократимости позволяет на ранней стадии заболевания выделить больных с высоким риском развития недостаточности кровообращения, при которой характерно выраженное подавление сегментарной активности в зоне поражения в сочетании с отсутствием или слабо выраженным гиперкинезом интактного миокарда.

Показано, что компенсация сократимости при инфаркте миокарда происходит за счет гиперкинеза интактных отделов: при переднем ИМ в основном за счет заднебокового и заднего сегментов, а при заднем—передне-перегородочного и переднего сегментов.

Таблиц 2. Иллюстраций 3. Библиографий: 20 названий.

УДК 616—004+616.16—008.1

Функционально-морфологическая характеристика эритроцитарного гемостаза и микроциркуляции у больных коронарным атеросклерозом. И. И. Топчий. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 12—15.

Изучено состояние микроциркуляции и эритроцитарного гемостаза у больных коронарным атеросклерозом в зависимости от выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий, по данным коронарографии больные были разделены на две группы. У больных с более значительными изменениями коронарного русла выявлено изменение функционально-морфологических свойств эритроцитов в большей степени в сравнении с больными, у которых показатель поражения коронарных артерий был невысоким.

Библиография: 6 названий.

УДК 616—005.4+616.12—008.331.1:616—072.8

Связь психологических параметров со стрессовым анамнезом, социальным статусом и факторами риска при ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. Г. В. Кавтарадзе, М. О. Мамамтавришвили и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 15—19.

Изучались связи между психологическим профилем и социально-стрес-

совым, психопатологическим анамнезом, а также вредными поведенческими особенностями, факторами риска указанных заболеваний. Выявилась определенная динамика в большей степени характерологических и невротических компонентов. Наиболее однородной эта динамика была при сопоставлении стрессово-социального и психологического параметров. Дается предположение о тесной взаимосвязи психологических особенностей с социальными и стрессовыми факторами и влиянии этих факторов на течение болезни через вредные поведенческие особенности—факторы риска ИБС и ГБ.

Библиография: 8 названий.

УДК 616:12—008.331.1:616.124.2—073.432.19

Зависимость анатомических показателей левого желудочка от гемодинамического типа кровообращения у больных гипертонической болезнью. С. В. Гургенян, Н. М. Оганесян и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 19—23.

У больных гипертонической болезнью (ГБ) методом эхокардиографии (ЭхоКГ) и радиокордиографии выявлены два механизма развития гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ)—перегрузка объемом и перегрузка давлением. Показано также, что методом ЭхоКГ можно определить ранние стадии ГЛЖ при ГБ и установить различия в степени выраженности гипертрофии миокарда в зависимости от гемодинамического профиля болезни.

Таблица 1. Библиография: 8 названий.

УДК 616.132.2—089.86:615.035.2

Риск терапии β -блокаторами накануне операций аортокоронарного шунтирования. А. А. Кириченко. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 23—27.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что продолжение терапии средними дозами пропранолола вплоть до операции не увеличивает частоту или тяжесть осложнений во время операции. С целью профилактики развития сердечной недостаточности при переходе на естественное кровообращение необходима достаточная продолжительность ИК. Уменьшение глубины анестезии после окончания основного этапа операции также может способствовать поддержанию сократительной функции миокарда за счет повышения адренергического фона.

Таблиц 2. Библиография: 18 названий.

УДК 612.172:616.12—007.2

Постэкстрасистолическое потенцирование и ферментно-функциональная активность миокарда у больных пороками сердца. Н. Г. Сердюк, Н. Ф. Гусакова и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 29—33.

Ферментно-функциональное состояние биопсированного миокарда исследовалось гистохимически и оценивалось по 9-балльной шкале. У тех же больных при диагностическом зондировании сердца определялось постэкстрасистолическое потенцирование (ПЭСР). Получена достоверная пря-

мая корреляционная зависимость исследуемых показателей, наиболее выраженная при двойной или множественной экстрасистолии.

В связи с этим максимальные ПЭСП после двойной или множественной экстрасистолии предлагается в качестве количественного критерия резервов сократимости миокарда желудочков при пороках сердца.

Иллюстрация 1. Библиография: 4 названия.

УДК 616.126.424:616.124.2—008.46—073:612.26

Значение показателей функции внешнего дыхания для косвенной оценки ранних проявлений недостаточности функции левого желудочка у больных митрально-аортальным стенозом. Р. М. Мейтарджян, Л. О. Авакян и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 33—36.

Установлено, что сдвиги газообмена у больных митрально-аортальным пороком нужно рассматривать как следствие гемодинамических изменений в малом круге кровообращения, которые находятся в прямой зависимости от функционального состояния левого желудочка. Следовательно, по характеру изменений газообмена в легких у больных МАС можно оценить ранние проявления недостаточности миокарда ЛЖ.

Иллюстрация 1. Библиография: 24 названия.

УДК 616.126.42—089.2:616.1—008.1:616.126.42—073.75

Гемодинамические и рентгенологические изменения после протезирования митрального клапана. А. М. Атоян, Л. Г. Аветисян и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 36—40.

У 52 больных проведено изучение рентгенологических и радиокardiографических изменений гемодинамики. Установлено, что при исходных умеренно выраженных патологических изменениях в миокарде и малом круге операция приводит к почти полному восстановлению указанных нарушений в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Поэтому очень важна своевременность оперативного вмешательства до наступления необратимых изменений.

Таблица 1. Библиография: 6 названий.

УДК 616.124.6—007.61—073

Диагностическая ценность неинвазивных методов исследования у больных гипертрофической кардиомиопатией на поликлиническом этапе. А. М. Шургая, О. И. Останькович и др. Кровообращение АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 41—46.

Проведен анализ неинвазивных методов исследования у больных ГКМП. Обращено внимание на трудность диагностики данной патологии из-за сходства клинической картины ГКМП со многими заболеваниями сердца.

Делается вывод о возможности с помощью неинвазивных методов исследования постановки диагноза ГКМП в условиях поликлиники и обязательности эхокардиографического исследования, как конечного этапа этой диагностики.

Таблиц 2. Иллюстраций 3. Библиография: 16 названий.

Хирургическая тактика, основные принципы анестезии и реанимации при осложненных аневризмах абдоминальной аорты. В. И. Инюшин, М. Н. Селезнев и др. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 46—48.

На основании анализа опыта неотложной хирургии больных с осложненными аневризмами брюшной аорты даны рекомендации по вопросам хирургической тактики и борьбы с кровотечением на догоспитальном, в условиях общехирургического стационара и интраоперационном этапах. Приведены основные принципы анестезии и реанимации с учетом комплексного подхода к проблеме в оценке основных факторов риска.

В результате удалось значительно снизить число послеоперационных осложнений и госпитальную летальность, как в группе больных с разрывом аневризмы, так и пациентов с угрозой его.

Библиография: 10 названий.

Аппарат «Флексатор-75» для улучшения венозной гемодинамики нижних конечностей. Н. М. Ханалиев. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1986 г., XIX, № 1, стр. 49—53.

Апробирован аппарат «Флексатор-75» в клинических условиях у 72 больных и установлено, что его работа увеличивает мышечный кровоток, ускоряет скорость венозного кровотока, уменьшает период полувыведения индикатора из мышечного депо и снижает венозное давление в системе нижней полой вены.

Аппарат портативный, работает бесшумно. Он применяется как во время операции, так и в послеоперационный период, а также у тяжелых, прикованных к постели, больных.

Иллюстраций 2. Библиография: 8 названий.