

фаза изометрического расслабления. внутридиастолический показатель не изменялись. В то же время при митральном пороке с преобладанием стеноза только два изучаемых показателя изменялись аналогично: отношение продолжительности систолы правого желудочка к длительности диастолы и давление в правом предсердии. Однако наблюдалось увеличение периода быстрого изгнания, периода медленного наполнения, внутридиастолического показателя.

При сравнении изучаемых показателей в обеих группах больных, выявлено при «чистом» митральном стенозе уменьшение продолжительности периода быстрого изгнания и внутридиастолического показателя.

Ультразвуковая доплерэхокардиография трикуспидального клапана может служить ценным дополнением в диагностике митрального стеноза и наряду с другими общезвестными методами пригодна для фазового анализа сердечного цикла.

Запорожский институт усовершенствования врачей
им. М. Горького

Поступила 10/VII 1986 г.

Տ. Վ. ՇԵՎՉՈՒԿ, Վ. Գ. ՍԵԼԻՎՈՆԵՆԿՈ

ՄԻԹՐԱԼ ԱՍԵՆՈՉՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՋ ՓՈՐՈՔԻ ՄՐՏԱՅԻՆ ՓՈՒԼԻ
ՖԱԶԱՅԻՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ

ԵՎ ԱՐԱԳԱՅՄԱՆ ԳԵՐՁԱՅՆԱՅԻՆ ԴՈՊԼԵՐԱՐՁԱԳԱՆՔԱՄՐՏԱԳՐԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հայտնաբերված է «մաքուր» միթրալ ստենոզով հիվանդների մոտ աչ նախասրտի էլեկտրամեխանիկական ինտերվալի տևողության, լարվածության փուլի, դիաստոլայի, աչ նախասրտի ճնշման մեծացում և աչ նախասրտի սխտոլայի տևողության փոքրացում:

T. V. Shevchuk, V. G. Selivonenko

The Phase Indices of the Right Ventricular Cardiac Cycle
According to Data of Ultrasonic Dopplerechocardiogram of the
Speed and Acceleration of Tricuspid Valve in Patients
With Mitral Stenosis

S u m m a r y

In patients with „pure“ mitral stenosis it has been revealed the increase of the right auricular electromechanical interval's duration, the increase of the exertion period, diastole, pressure in the right auricle and the decrease of the duration of the right auricular systole.

УДК 616.24—002.2:616.12—008.331.1

И. М. ФУШТЕИ

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И РЕГИОНАРНОЙ
ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С целью сравнительной оценки особенностей центральной и регионарной (церебральной и легочной) гемодинамики, обследовано 185 больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) в возрасте от 16 до 65 лет. Основную (I) группу составили

49.

82 больных ХОБ с пульмогенной артериальной гипертензией (ПАГ); из них у 49 больных ПАГ носила лабильный, а у 33—стабильный характер. Контрольные группы составили 23 больных ХОБ в сочетании с гипертонической болезнью (II группа) и 80 больных ХОБ с нормальным АД (III группа). У 18 больных I группы определялась I-я степень легочной недостаточности (ЛН), у 49—2-я и у 15—3-ья (классификация И. П. Смирнова). Согласно классификации Н. М. Мухарлямова, стадия доклинических проявлений сердечной недостаточности (СН) 0—IA ст. определялась у 9 больных основной I группы, СН IB—IIA ст.—у 55, а СН IIB ст.—у 18 больных.

Центральная гемодинамика исследовалась методом интегральной реографии (М. И. Тищенко), систолическое и диастолическое давление в легочной артерии (СДЛА, ДДЛА) определялось методом югулярной флебографии (S. Burstin), а церебральная гемодинамика с помощью биопольярной реоэнцефалографии (Х. Х. Яруллин).

Результаты проведенных нами исследований показывают, что у больных ХОБ с лабильной фазой ПАГ установлен гиперкинетический тип центральной гемодинамики с достоверным (в сравнении со II, III группами) повышением ударного объема (УО), составившего $98,5 \pm 5,4$ мл ($P < 0,001$), минутного объема сердца (МОС)— $8,3 \pm 0,3$ л ($P < 0,001$) на фоне падения периферического сопротивления сосудов (ПСС)— $1087,2 \pm 117,4$ дин см—5/сек. У больных ХОБ со стабильной фазой ПАГ, напротив, гемодинамические показатели приближаясь к таковым II группы, достоверно отличались от показателей III группы падением УО, составившего $66,4 \pm 6,3$ мл ($P < 0,05$) МОС— $4,1 \pm 0,3$ л ($P < 0,01$) и повышением ПСС— $2047 \pm 120,4$ дин см—5/сек; ($P < 0,001$), соответствуя гипокINETическому типу центральной гемодинамики.

Согласно нашим данным, повышение давления в ЛА зависит от выраженности бронхолегочной обструкции, легочной, сердечной недостаточности и в основной группе оно оказалось достоверно выше в сравнении с контрольными группами. При сравнении со II группой, различия соответствовали: у больных ХОБ с лабильной фазой ПАГ СДЛА— $56,3 \pm 4,3$ мм рт. ст. против $47,3 \pm 3,2$ мм рт. ст. ($P < 0,01$) и ДДЛА— $22,9 \pm 1,2$ мм рт. ст. против $16,1 \pm 1,2$ мм рт. ст. ($P < 0,001$), а у больных со стабильной фазой СДЛА соответствовало $55,2 \pm 3,6$ мм рт. ст. ($P < 0,02$), ДДЛА— $21,5 \pm 1,1$ мм рт. ст. ($P < 0,001$).

Изменения со стороны церебральной гемодинамики характеризовались повышением тонуса средних и мелких артерий мозга на фоне падения тонуса вен с нарушением венозного оттока и уменьшением церебрального кровотока. В подгруппе больных ХОБ с лабильной фазой ПАГ более значимо изменялись показатели, характеризующие сосудистый тонус, они достоверно отличались от III группы (время распространения пульсовой волны— $Q\alpha$ — $P < 0,001$; относительное время систолического подъема $\frac{\alpha}{T} \times 100\%$ — $P < 0,05$). Показатели, характеризующие кровенаполнение мозговых сосудов (относительный объемный пульс—PR, реографический индекс—РИ) оставались удовлетворительными. У больных со стабильной фазой ПАГ, наряду с максимальным повышением показателей, характеризующих тонус мозговых сосудов, достоверно снижались показатели, характеризующие церебральный кровоток, соответствуя таковым изменениям этих показателей во II группе исследуемых.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что у больных ХОБ с ПАГ, особенно со стабильной фазой этой гипертензии, происходят значительные сдвиги как со стороны системной, так и со стороны церебральной и легочной гемодинамики, которые наряду с нарушением вентиляционной функции легких усугубляют тканевую гипоксию (и в первую очередь церебральную), играющую известную роль в развитии АГ.

Запорожский институт усовершенствования врачей
им. М. Горького, МЗ СССР

Поступила 9/III 1986 г.

Կենսաֆիզիոլոգիական եւ շրջանառութեան շեղումներու արտաբերական զննարկումը զարգացող քրոնիկական շրջանառութեան շեղումներու շրջանառութեան փոփոխութեան

Ա մ փ ո փ ու մ

Հաստատուած է, որ թոքածին հիպերթենզիայի ամեն փուլը ունի իր հիմնական առանձնահատկութիւնները: Թոքածին հիպերթենզիայի լարիլ փուլով հիվանդներին մտտահաստատուած է հիմնականի գերշարժուն տիպ, իսկ ստաբիլ փուլով հիվանդներին մտաբերշարժուն:

I. M. Fushtey

The State of the Central and Regional Hemodynamics in Chronic Obstructive Bronchitis With Arterial Hypertension

S u m m a r y

It is established that each phase of pulmogenic hypertension has its own hemodynamic peculiarities.

In patients with labil phase of pulmogenic hypertension the hyperkinetic type of hemodynamics is observed, while in patients with stable phase—the hypokinetic one.

УДК 616.0—01.36:616.008

В. А. ЖЕТПИСБАЕВ, Х. С. ЖЕТПИСБАЕВА

К ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

Целью работы являлось разработка способа лечения травматического шока, повышающего выживаемость и увеличение продолжительности жизни животных в эксперименте. Для решения поставленной задачи использовался отечественный а-адреноблокатор—пирроксан (0,1 мг/100 г) с цитохромом С (10 мг/кг) и полиглюкин (14 мг/кг). Исследования проводились на 96 белых половозрелых крысах, которые были разделены на 8 серий: I серия—интактные крысы на фоне 3-часовой иммобилизации, III, V, VII серии—крысы на фоне введения корригирующих средств (контроль по 10 животных в каждой серии), II серия—шок (25 животных), IV, VI, VIII—шок на фоне корригирующих средств (31 животное). Подготовка животных к опыту проводилась под эфирным наркозом и местным обезболиванием (0,25% раствор новокаина). Травматический шок воспроизводился методом Кеннона. У всех животных изучали показатели системной гемодинамики (АД, МОК, УО, ЧСС, ОПСС, ОЦК), регионарный кровоток (мозг и нижние конечности) и сократительную способность миокарда (ПН, Е, S₀, Д, МК, ИНМ, РСР и СП). Вышеуказанные показатели изучали до нанесения шокогенной травмы, в период торпидной фазы шока и через 60,120 мин после лечения. Пирроксан вводился в/м в ранних стадиях шока, а полиглюкин и цитохром в/в в его торпидной фазе. Причем нужно отметить, что во II серии травма вызывала 100% летальность.