

2. Дубров А. М. Обработка статистических данных методом главных компонент. М., 1978.
3. Ермаков О. В., Петухов Е. Б., Сергеева Н. А. В кн.: Острая патология магистральных сосудов. Киев, 1983, с. 31.
4. Затевахин И. И., Кошкин В. М., Истомина Н. П. Экспер. хир. и анестезиол., 1976, 3, с. 16.
5. Истомина Н. П., Мишин О. Д., Нуцубидзе О. Б. Кардиология, 1983, 4, с. 84.
6. Малюгин Э. Ф., Князева Т. А., Заринская С. А. В кн.: Эксп. и клин. хирургия печени. М., 1973, с. 87.
7. Савельев В. С., Затевахин И. И., Степанов Н. В. Хирургия, 1983, 5, с. 18.
8. Саркисов Д. С. Очерки по структурным основам гомеостаза. М., 1977.
9. Секамова С. М., Бекетова Т. П. Арх. патол., 1985, 12, с. 3.
10. Секамова С. М., Бекетова Т. П. Бюл. эксп. биол. и мед., 1985, 11, с. 614.
11. Сергеева Н. А., Макарова Л. Д., Чеснокова Т. Т. и др. Сов. мед., 1986, 4, с. 28.
12. Серов В. В. Арх. патол., 1979, 7, с. 11.
13. Струков А. И., Струкова С. М. Арх. патол., 1980, 9, с. 3.
14. Mass D. W., Butterworth D. J. Энзимы в медицине. (пер. с англ.). М., 1978.
15. Smith C. M., Plaut G. W. E. Eur. J. Biochem., 1979, 97, 2, 283.
16. Trauma Care Eds W. Odling-Smec, A. Crookard. London, 1981.
17. Yoshimura S., Komatsu N., Watarabe K. Biochem. Biophys. Acta, 1980, 612, 1, 130.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.927+616.927.7

С. Г. КЕШИШЯН, Л. А. ОВСЕПЯН

СОДЕРЖАНИЕ П-ОКС В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ТИФОПАРАТИФОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Изучено содержание П-ОКС в плазме крови у 207 больных с тифопаратифозными заболеваниями. Диагноз был подтвержден гемокультурой у 169, реакцией Видаля и РИГА с нарастанием титра агглютинации в динамике болезни—у 38 больных. Флуорометрическим методом у всех больных до лечения, а также на 10-, 20-й день лечения определялось содержание П-ОКС в плазме крови. У больных с легким течением болезни было отмечено некоторое снижение содержания суммарных П-ОКС в плазме крови, которое на 20-й день лечения нормализовалось. При среднетяжелом течении независимо от пола и возраста отмечено снижение содержания суммарных П-ОКС, которое на 20-й день лечения не нормализовалось. При тяжелом течении заболевания содержание П-ОКС в плазме крови значительно снижалось, оставаясь низким на 20-й день.

Таким образом, у больных с тифопаратифозными заболеваниями имеет место выраженная глюкокортикоидная недостаточность коры надпочечников, которая зависит от тяжести заболевания. Чем тяжелее протекает процесс, тем эти изменения более резко выражены.

1 табл., библиогр. 1 назв.

Кафедра инфекционных болезней ЕрМИ

Полный текст статьи депонирован в ВНИИМИ за № Д-19709 от 3/IV 1990 г.

Поступила 2/III 1990 г.

К. Г. АДАМЯН, Л. С. ОГАНЕСЯН, Л. А. ЕНГИБАРЯН,
Ш. Г. МАРТИРОСЯН, М. А. АСАТРЯН

ЗНАЧИМОСТЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ТИПОВ ЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ВЭМ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Целью настоящей работы явилась проверка возможности прогнозирования степени восстановления физической трудоспособности по результатам неинвазивных методов исследования с использованием ВЭМ пробы у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Обследовано 147 больных, перенесших острый трансмуральный инфаркт миокарда. Всем больным в положении сидя проводилась ВЭМ проба с использованием непрерывно возрастающей ступенчатой нагрузки с длительностью каждой ступени 3 мин. ВЭМ проба проводилась под контролем ЭКГ.

Изучением центральной гемодинамики при ВЭМ нагрузке установлено, что при нормокинетическом типе центральной гемодинамики функциональное состояние сердца удовлетворительное, при гиперкинетическом типе реакции проявляются признаки нагрузки сердца, а при гипокинетическом—выраженная дисфункция левого желудочка. Полученные данные имеют прогностическую значимость в определении состояния физической нагрузки.

5 с., илл. 1 табл., библиогр. 3 издв.

НИИ кардиологии МЗ АрмССР

Полный текст статьи депонирован во ВНИИМИ за № Д-19764 от 11/V 1990 г.

Поступила 25/III 1990 г.

УДК 616.072

Г. А. НИКОГОСЯН

ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Предлагаются принципы формирования, основные подсистемы и особенности медицинской технологии многопрофильного диагностического центра (МДЦ). Подразумевается построение, унификация и оптимизация диагностического процесса в условиях многовариантности спектра, последовательности в интерпретации диагностических параметров. Основными подсистемами медицинской технологии являются: формирование оптимального спектра (стандартов) догоспитальных исследований, унификация и формализация диагностических заключений, формирование оптимизированных схем многофакторного обследования. Выделены и обоснованы медицинские требования к формированию стандартов догоспитального обследования. На их основе