

проявлялось в укорочении фазы напряжения (в среднем на $0,017 \pm 0,002$) и удлинении изгнания (в среднем на $0,01 \pm 0,004$ сек.), что приводило к увеличению внутрисистолического показателя и механического коэффициента. Влияние строфантина на фазы диастолы складывалось из укорочения и углубления фазы расслабления (в среднем на $0,015 \pm 0,002$ сек.) и удлинения периода наполнения (в среднем на $0,025 \pm 0,002$ сек.) при увеличении быстрого наполнения (в среднем на $0,012$ сек.). На предсердной кривой после вливания строфантина отмечалось удлинение времени активного сокращения (пресистолы) в среднем на $0,025 \pm 0,009$ сек., а также увеличение диастолической впадины, глубина которой характеризует присасывающую способность желудочков в период быстрого наполнения.

УДК 616—005.4:616.12—008.46

Л. И. Ольбинская, И. С. Кун, В. И. Островская, И. Т. Китаева, А. А. Абиндер (Москва). «Строфантинная проба» у больных ишемической болезнью сердца в диагностике скрытой стадии сердечной недостаточности

Мы изучали влияние однократного внутривенного введения строфантина на сократительную функцию миокарда в покое и в условиях велоэргометрической нагрузки, а также диагностическую ценность острой «строфантинной пробы» в выявлении скрытой стадии сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца.

Исследования проводили у 65 мужчин в возрасте от 32 до 76 лет, страдающих ишемической болезнью сердца (в том числе у 45 с постинфарктным крупноочаговым кардиосклерозом, у которых не было других заболеваний сердца и артериальной гипертонии, а также клинических признаков застойной недостаточности сердца).

В качестве контроля «строфантинная проба» была произведена у 38 здоровых мужчин того же возраста.

Результаты «строфантинной пробы», заключающейся во внутривенном введении $0,5$ мл $0,05\%$ раствора строфантина, определяли по динамике фазовой структуры систолы левого желудочка сердца (синхронная запись ЭКГ, ФКГ и сфигмограммы сонной артерии) и правого желудочка (реограмма легкого), изменению показателей сердечного выброса (механокардиография), объема сердца (рентгенокимография) и состоянию легочной гемодинамики (реопульмонография, рентгенометрия ствола легочной артерии и легочных вен).

«Строфантинная проба» при исследовании в покое оценивалась как положительная, если улучшались или нормализовались перечисленные показатели.

В условиях велоэргометрии на уровне субмаксимальных нагрузок, при которых частота пульса достигала $150—170$ в минуту (рекомендации ВОЗ по проведению пробы с физической нагрузкой, 1969 г.), «строфантинную пробу» считали положительной, если наблюдались меньшие отрицательные сдвиги в фазовой структуре систолы левого желудочка, чем до введения строфантина, укорачивался или становился нормальным удлинённый исходный период респитуции, уменьшались или исчезали признаки застойной недостаточности малого круга кровообращения, появившиеся при первой пробе с нагрузкой, повышалась мощность или (и) объем субмаксимальной нагрузки.

Проведенные инструментально-рентгенологические исследования выявили, что у $16,3\%$ больных ишемической болезнью сердца без клинически выраженных признаков застойной недостаточности сердца под влиянием сердечных гликозидов сократительный процесс миокарда, особенно в условиях физической нагрузки, осуществляется более экономно, и «строфантинная проба» у них была признана положительной. Таким больным показана настоящая или периодическая пероральная дигитализация индивидуально подобранной дозой в зависимости от данных повторных исследований (1 раз в 3—4 месяца) по всей программе.

УДК 616.13—004.6:615.832.5

И. Е. Семавин, Н. И. Кузьмина, Л. А. Кумачев (Москва). Влияние финской бани на больных атеросклеротическим коронарокардиосклерозом

Перед нами была поставлена цель выяснить, какое влияние оказывает финская баня — сауна на состояние больных, страдающих коронарным атеросклерозом, а также гипертонической болезнью в сочетании с коронарным атеросклерозом, без выраженных приступов стенокардии и нарушений кровообращения. В качестве тестов были использованы клинические данные — пульс, АД, ЭКГ, вес до и после каждой процедуры. Кроме того, мы учитывали результаты общего анализа крови, определяли холестерин, β -липопротеиды, протромбиновый индекс, фибриноген, вязкость крови, остаточный азот, сахар до и после процедуры.

Обследовано 73 пациента (48 с коронарным атеросклерозом и 25 с гипертонической болезнью II А стадии в сочетании с коронарным атеросклерозом). Контрольную груп-