

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 проведены 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», заключавшейся 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 реституции, 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 постоянная 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-

пу составили 34 практически здоровых человека. Большинство больных было старше 50 лет. Длительность заболевания превышала 5 лет. Сауна назначалась 1—2 раза в неделю с трехкратным пребыванием в бане по 5 минут с последующим душем и 10-минутным отдыхом. Температура на нижней полке была 45°, на средней — 80°, на верхней — 95° в положении лежа и 100—110° в положении сидя, при относительной влажности в 1—5%. В период лечения и пользования сауной больные гипертонической болезнью принимали гипотензивные средства, поэтому АД у них не превышало нормальных величин на протяжении всего срока наблюдения. Субъективное состояние всех пациентов значительно улучшилось.

Систолическое, диастолическое и пульсовое давление у большинства больных (соответственно у 70,0; 52,0 и 56,0%) снижалось после сауны в среднем на 5—10 мм. Близкие данные наблюдались и в контрольной группе. У 1 больного на ЭКГ стала определяться суправентрикулярная и у 2 — желудочковая экстрасистолия и у 3 увеличился зубец Р. У 7% больных и у 11% лиц контрольной группы регистрировалось увеличение вольтажа зубца Т. Все эти изменения быстро исчезали после сауны.

В результате расширения поверхностных кровеносных сосудов и перераспределения крови изменяются гематологические показатели: увеличивается количество эритроцитов и лейкоцитов в 1 мм³ крови, уменьшается процент лимфоцитов и повышается процент сегментоядерных нейтрофилов и моноцитов. Увеличение после процедуры количества лейкоцитов в среднем на 10—15%, а также процента моноцитов и сегментоядерных нейтрофилов обусловлено, очевидно, противовоспалительным действием сауны.

Вязкость крови у всех обследованных оказалась увеличенной в среднем на 2—2,5%. Содержание протромбина в крови достоверно не меняется. Количество фибриногена повысилось, оставаясь в пределах нормы только у больных атеросклеротическим коронарокардиосклерозом в сочетании с гипертонической болезнью.

После сауны содержание сахара в крови практически не меняется, количество остаточного азота достоверно увеличивается (у 2 и 3-й групп обследованных на 11,0 и 8,8% соответственно), но не превышает физиологических границ. Содержание холестерина у лиц контрольной группы достоверно увеличивается (на 5,4%), у больных практически не меняется. Количество беталипопротеидов в крови достоверно возрастает после сауны (на 8—10% во всех трех группах). Этот факт может свидетельствовать о повышении синтетических процессов в печени.

Можно думать, что после сауны повышается процент связанного с белками холестерина, так как беталипопротеиды являются его носителями. Одновременно уменьшается процент коллоидного холестерина в крови.

Таким образом, сауна не оказывает отрицательного воздействия на сердечно-сосудистую систему больных атеросклеротическим коронарокардиосклерозом и при сочетании его с гипертонической болезнью II А стадии без выраженных приступов стенокардии и нарушения кровообращения. В результате комплексного лечения все наблюдаемые больные выписаны из санатория с улучшением.

УДК 616—053.9:615.857.87:636.1

Проф. З. Ш. Загидуллин (Уфа). Кумыс в профилактике преждевременного старения

Исследованиями многих ученых установлено, что кумыс оказывает тонизирующее действие на нервную систему, усиливает окислительно-восстановительные процессы, регулирует кислотно-щелочное равновесие, возбуждает деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхательного центра, оказывает благоприятное действие на секреторную, двигательную функции желудочно-кишечного тракта, уменьшает процессы гниения и брожения в кишечнике и интоксикации, стимулирует кроветворение, повышает защитную функцию печени.

В целях выявления благотворного влияния кумыса на здоровье и продолжительность жизни была изучена численность лиц старческого возраста и долгожителей по районам Башкирской АССР, где издавна развито кумысоледие (Е. С. Махмутзянова). Из анамнестических данных установлена очевидная связь систематического употребления кумыса с устойчивостью здоровья у стариков и долгожителей. В отдельных сельских районах число жителей старше 70 лет доходило до 58 на 1000 жителей. У большинства долгожителей наследственность была не отягощена, они жили в сельской местности, занимались физическим трудом, не злоупотребляли алкоголем, не курили, длительное время пили кумыс. Например, М., 103 лет, башкир, проживает в деревне Зя-Юшмай, Кушнаренковского района. Его отец прожил 90 лет, мать — 85 лет. М. не курил, водку не пил, много употреблял кумыса, с 15 до 87 лет занимался сельскохозяйственным трудом. Во время обследования выглядел бодрым, жизнерадостным, крепким. Продолжает помогать в домашнем хозяйстве.

Наблюдения показали, что в районах, где издавна пользуются кумысом, насчитывается больше лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей. По-видимому, это связано не только с условиями труда (физическая работа на свежем воздухе), быта (отсутствие самоотравления организма курением и алкоголем), наследственностью, но и благотворным действием кумыса.

За последние годы разработана методика приготовления кумыса из высушенного кобыльего молока и проведено клиническое испытание на базе кумысолечебного курор-