

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-

та Шафраново. Это позволяет широко применять кумыс в любое время года. Такой кумыс мало отличается от натурального. Лечение кумысом следует проводить по показаниям с учетом индивидуальных особенностей больного и переносимости кумыса. Имеются больные, а также и здоровые лица, которые не переносят кумыс.

УДК 616,24—002:615.361

**И. Г. Даниляк, Н. И. Ромашова, Е. П. Гитель, Г. А. Смирнова (Москва).
Неробол в комплексном лечении больных хронической пневмонией**

Препарат анаболического действия неробол был применен у 34 больных с обострением хронической пневмонии. Кроме этого, больные получали антибактериальные, бронхорасширяющие, отхаркивающие средства. Контрольную группу составили 20 пациентов, которые не получали неробола. Обе группы больных были идентичными, что позволило в дальнейшем сравнивать результаты лечения.

В течение 1-й недели мы давали больным по 20 мг неробола в сутки, в течение 2-й — 15 мг, 3-й — 10 мг, 4-й — 5 мг. Результаты лечения оценивали по изменению самочувствия больных, динамике веса, снижению температуры, уменьшению или исчезновению кашля, хрипов в легких, количеству и гнойности мокроты, динамике рентгенологических показателей, количества лейкоцитов, РОЭ и белковых фракций сыворотки крови.

Все эти показатели улучшались или приходили к норме у больных основной группы достоверно быстрее, чем контрольной.

После лечения все пациенты прибавили в весе, в среднем на 3,1 кг. У 29 больных (78%), леченных нероболом, выявлено повышение содержания белка в сыворотке крови (в среднем на 0,45 г%). В процессе лечения нероболом наблюдалась тенденция к нормализации соотношения натрия/калия мочи. Диурез в процессе лечения не изменялся.

Прибавка в весе больных, принимавших неробол, обусловлена, по-видимому, истинно анаболическим его действием. Каких-либо побочных эффектов при применении препарата не отмечено.

В основной группе хорошие и отличные результаты были получены у 76,4% больных, в контрольной — только у 55%. Лечение оказалось неэффективным в контрольной группе у 15%, а в основной — только у 1 больного.

Включение неробола в комплексную терапию позволяло достигнуть положительных результатов и у больных с длительно существующими бронхоэктазами при наличии амилоидоза почек, у которых обычная противовоспалительная терапия не оказывала выраженного действия.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о целесообразности включения неробола в комплекс лечения больных хронической пневмонией.

УДК 616—089.819.1

В. Н. Перепелица (Липецк). Методы предупреждения осложнений пункции и катетеризации магистральных вен

При катетеризации магистральных вен, которая произведена нами в 107 случаях у 98 больных в возрасте от 3 месяцев до 73 лет, мы в последнее время для упрощения методики применяем полиэтиленовые или полихлорвиниловые катетеры, насаженные на иглу для люмбальной пункции, моделируя их над пламенем спиртовки таким образом, чтобы конец катетера плотно охватывал иглу. Стерилизацию проводим путем кипячения в течение 10 мин. с последующим хранением в тройном растворе. После пункции вены катетер продвигаем по игле, как по проводнику, затем иглу удаляем. Игла с катетером намного упрощает и сокращает всю процедуру пункции магистральных вен, что важно в экстренных ситуациях. Недостатком данной методики является малая длина катетера, вследствие чего у тучных больных она малоприменяема. Из 25 катетеризаций по этой методике при 2 произошло выпадение катетера из вены под кожу.

Быстрое извлечение иглы с последующим прижатием места пункции пальцем позволяет избежать возникновения гематомы. Один раз была ошибочно пунктирована бедренная артерия; возникшая при этом гематома не требовала какого-либо специального лечения.

По нашим данным, боли в месте пункции обычно носят локальный характер с иррадиацией в шею, плечо, кисть, лопатку. Особенно часто они возникают после катетеризации полихлорвиниловым катетером. При применении катетера, насаженного на иглу для люмбальной пункции, боли, как правило, не наблюдались.

Одним из осложнений является тромбирование катетера сгустком крови. Промывание трубки гепарином до и после трансфузий не всегда избавляет от тромбирования. При попытках промыть катетер из шприца раствором возможен отрыв тромба и попадание сгустка крови в кровяное русло, что чревато серьезными осложнениями, вплоть до смертельных.