

ние. Повышается толеранция больного на физическую нагрузку. Прелиминарные данные позволяют утверждать, что даже брадиаритмическая форма мерцательной аритмии редко нарушает гемодинамику.

НАРУШЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У СТРАДАЮЩИХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

П. ШНИПАС
(Каунас)

Дыхательную функцию мы исследовали у 79 больных. Их распределили на две основные группы: 69 больных, страдающих разной степенью атеросклероза аорты (по классификации И. В. Джавахишвили) составили первую группу и 10 больных, страдающих атеросклеротическим кардиосклерозом с мерцательной аритмией — вторую группу. При помощи зуграфа определяли показатели легочной вентиляции и диффузии газов в динамике: в условиях покоя и в течение 10 минут после индивидуально дозированной физической нагрузки.

Частота дыхания больных первой группы, по сравнению с частотой дыхания 16 здоровых лиц (контрольная группа) в условиях покоя и, особенно, после физической нагрузки, значительно учащается и позднее во время отдыха достигает исходного уровня. Минутный объем дыхания больных увеличен за всё время наблюдения. Интересно отметить, что увеличение минутного объема происходит за счёт увеличения частоты дыхания, а не за счёт увеличения дыхательного объема. Жизненная емкость легких, максимальная вентиляция, резерв дыхания у страдающих атеросклерозом аорты — резко понижены. Одинаковое количество диффундированного кислорода у больных достигается за счёт увеличе-

ния легочной вентиляции, а не за счёт увеличения процента диффузии кислорода. Время задержки дыхания на вдохе составляет только 40% нормы. У больных с разной степенью атеросклероза аорты существенной разницы в нарушении дыхательной функции мы не обнаружили.

С целью установления, какую роль играет мерцательная аритмия атеросклеротического происхождения на дыхательную функцию и гемодинамику, мы комплексно исследовали 10 больных второй группы. Комплекс исследований составляет: определение легочной вентиляции, диффузии кислорода и углекислоты (при помощи зуграфа и Гух-1), количество кислорода в артериальной и венозной крови (при помощи кюветного оксигемометра), остаточного воздуха в легких (при помощи радиоактивного ксенона), гемодинамических показателей (методом Гамильтона в модификации Вуда и Гераси). Исследование проводилось двухэтапно: накануне электрической дефибрилляции и через сутки после неё. Полученные прелиминарные данные позволяют утверждать, что даже брадиаритмическая форма мерцательной аритмии резко нарушает дыхательную функцию и гемодинамику.

ВЛИЯНИЕ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ ПАЛАНГА НА РЕАКТИВНОСТЬ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю. ШЮРКУС
(Каунас)

Курортное лечение и профилактическое значение курортных факторов — весьма важный отдел современной медицины. Некоторые механизмы влияния курортных факторов ещё и сегодня неясны, а в ку-