

мальным в ближайшее время после операции. Замедление кровотока является ранним симптомом недостаточности кровообращения.

3. При изучении кровообращения малого круга оксигеметрия и реография дополняют друг друга и должны найти широкое применение в клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ама тунян В. Г. Клин. мед., 1958, 8. — 2. Анин Ю. Л. Определение скорости тока крови у здоровых лиц и сердечно-сосудистых больных с помощью катодного оксигеметра. Автореф. канд. дисс., Одесса, 1959. — 3. Валимухаметова Д. А. Тер. арх., 1961, 9. — 4. Гавалова Р. Ф. и Аникин Е. И. Врач. дело, 1966, 10. — 5. Грузина Е. А. Там же, 1963, 12. — 6. Дембо А. Г. и Тюрин А. М. Кардиология, 1961, 4. — 7. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. Медгиз, М., 1958. — 8. Левина Ц. А. и Шполянская Б. И. Врач. дело, 1957, 1. — 9. Михнев А. Л. Там же, 1965, 4. — 10. Пушкарь Ю. Т. Тер. арх., 1961, 3; В сб.: Мат. II Всеросс. съезда врачей-терапевтов, М., 1964. — 11. Тюрин А. М. Бескровное определение скорости кровотока методом оксигеметрии в норме и патологии. Автореф. канд. дисс., Л., 1961. — 12. Matthes K. Arch. exp. Path., 1935, 179, 698—711. — 13. Matzdorff F. Z. Kreisl.-Forsch., 1953, 42, 25—39. — 14. Polzer K., Holzner N. Schweiz. med. Wschr., 1947, 77, 921—924.

УДК 612.215—616—056.52

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

И. Г. Даниляк, И. Л. Мытарева и А. М. Адлер

Филиал (зав. — проф. Б. Б. Коган) госпитальной терапевтической клиники I МОЛМИ на базе клинической больницы № 67 (главврач — П. С. Петрушко)

Исследованию функции внешнего дыхания у больных ожирением до настоящего времени уделяется мало внимания, хотя эта проблема, несомненно, имеет большое практическое значение.

В доступной нам литературе мы нашли указания на нарушение дыхательной функции легких у тучных больных. Отмечено уменьшение жизненной емкости легких и особенно экспираторного резервного объема, у части больных выявлено недостаточное насыщение артериальной крови кислородом. Снижение жизненной емкости легких идет параллельно степени ожирения, при уменьшении веса дыхательная функция легких улучшается.

Под нашим наблюдением находилось 46 больных с ожирением (18 мужчин и 28 женщин в возрасте от 18 лет до 71 года, большинство от 40 до 60 лет).

У 43 больных отмечалось значительное отложение жира в области брюшной стенки, что свидетельствовало об экзогенном, так называемом алиментарном ожирении.

Ожирение 1-й ст. было у 16 больных, 2-й — у 14, 3-й — у 16. Многие больные имели повышенный аппетит. У 18 больных ожирение было основным заболеванием, у остальных оно сопутствовало гипертонической болезни и атеросклерозу (15) или сахарному диабету (13).

Легочная патология исключалась на основании анамнеза, клинического и рентгенологического обследования. Выявлено ограничение экскурсии легких.

У 33 из 46 больных была одышка. Частота дыхания у них в условиях основного обмена колебалась от 16 до 44, чаще была 20—24.

У 34 из 46 больных был более или менее выраженный цианоз слизистых, а у ряда больных — диффузный цианоз, что косвенно могло свидетельствовать о гиповентиляции.

При рентгенологическом обследовании больных обнаружено высокое стояние диафрагмы.

Спирографическое исследование было проведено у 44 больных (из них у 41 с ожирением алиментарного типа). Дыхательный объем у 27 из 41 больного составлял 300—450 мл, а у некоторых больных с ожирением 3-й ст. был ниже 300 мл.

Низкие цифры жизненной емкости легких были у 28 больных. У 31 больного установлено уменьшение экспираторного резервного объема. Пониженный минутный объем дыхания был у 25 больных. Максимальная легочная вентиляция была снижена у 30 из 36 обследованных, причем у большинства составляла менее 60% от должных величин.

Закономерной зависимости между степенью ожирения и нарушением функции внешнего дыхания мы не нашли. Однако низкие показатели чаще регистрировались при ожирении 3-й ст.

У 25 больных было определено насыщение крови кислородом. У 17 из них оксигенация крови оказалась сниженной, причем у 9 насыщение крови O_2 было меньше 90%. Понижение оксигенации крови, установленное у ряда больных, могло быть

следствием гиповентиляции. Хорошо известно, что гиповентиляция, помимо аноксемии, всегда ведет к задержке CO_2 в крови. Мы не определяли напряжение CO_2 . Косвенно об увеличении напряжения CO_2 в крови мы могли судить по имеющейся у многих наблюдавшихся нами больных сонливости. Сонливость мы отметили у 22 из 46 обследованных, причем лишь при выраженном ожирении. Все больные с ожирением 3-й ст. жаловались на сонливость, а некоторые из них даже засыпали во время разговора с врачом.

Было проведено динамическое спирографическое исследование 6 больных, которые в результате лечения диетой с низким калоражем и ограничением соли и гипотиазидом потеряли в весе. У них, наряду с улучшением общего состояния, уменьшением одышки, исчезновением сонливости, улучшались показатели внешнего дыхания.

Что касается механизмов нарушения функции внешнего дыхания у больных ожирением, то вопрос этот еще недостаточно выяснен.

А. М. Левин главную роль в патогенезе дыхательных расстройств у этих больных отводит мезентериально-оментальному и окологречному липоматозу, отодвигающему диафрагму вверх. Мезентериально-оментальный липоматоз может приводить, по мнению автора, к ателектазу задне-нижнего края легкого. Наблюдающаяся у некоторых больных одышка астмоидного характера, возможно, связана с давлением на блуждающие нервы жировых масс средостения. Наконец, затруднение дыхания может быть связано со сдавлением вен заднего средостения, приводящим к венозному застою в плевре и накоплению жидкости в плевральных полостях.

На ограничение движения грудной клетки вследствие высокого стояния диафрагмы как на причину гиповентиляции указывают Комро, Форстер, Дюбуа, Бриско и Карлсен (1961).

М. Н. Егоров и Л. М. Левитский связывают уменьшение дыхательной функции легких у тучных не только с высоким стоянием диафрагмы, но и с мышечными нарушениями, а также с расстройством обменных процессов.

По мнению Хуан Мэй-гуан, понижение функции легких у ожирелых возникает вследствие ограничения подвижности грудной клетки и слабости дыхательных мышц.

Наскней и сотр. (1959) считают, что к гиповентиляции у больных ожирением, помимо нарушения функции грудной клетки, приводит повышенное внутрибрюшное и внутриплевральное давление, что показано авторами в опытах на здоровых со сдавлением у них грудной клетки. Увеличивающееся при этом напряжение CO_2 в крови приводит к понижению чувствительности дыхательного центра, что усиливает гиповентиляцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров М. Н. и Левитский Л. М. Ожирение. Медгиз, М., 1957.
2. Левин А. М. Клини. мед., 1924, 2.—3. Лейтес С. М. Ожирение, Медгиз, М., 1948.—4. Коган Б. Б. Клини. мед., 1962, 4.—5. Хуан Мэй-гуан. Оксигемографические исследования при лечении физическими упражнениями больных с нарушением жирового обмена. Автореф. канд. дисс., Л., 1959.—6. Комро Дж., Форстер Р. Т., Дюбуа А. Б., Бриско У. А., Карлсен Е. Легкие, клиническая физиология и функциональные пробы. М., 1961. Перев. с англ.—7. Bedell G. N., Wilson W. R., Seebohm P. M. J. Lab. clin. Med., 1957, 50, 790.—8. Naskney I. D., Grane M. G., Collier C. C., Rokow S., Griggs D. E. Ann. intern. Med., 1959, 51, 3541.—9. Pedersen J., Torp-Pedersen E. Acta med. scand., 1960, 167, 343.—10. Szachowski J. Pol. Tyg. lek., 1963, 8, 281—283.

УДК 616.24—032.5

ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Ю. С. Васильева и Р. Г. Виноградова

Московский научно-исследовательский институт туберкулеза Минздрава РСФСР
(директор — канд. мед. наук Т. П. Мочалова, зам. директора
по научной части — проф. Д. Д. Асеев)

В 1965 г. мы изучали эффективность лечения вновь выявленных пожилых (старше 50 лет) больных активным туберкулезом — сельских жителей (длительность диспансерного наблюдения — 1 год). Проанализированы данные из 18 областей РСФСР о 785 больных.

У больных старше 50 лет отмечается преобладание диссеминированных форм туберкулеза (25,9% у лиц старше 50 лет и 18,1% у лиц до 50 лет) и хронического